

مَوْسُوعَةٌ
الْمَجَالِسِ الْقَوْمِيَّةِ الْمُتَخَصِّصَةِ



رئاسة الجمهورية
المجالس القومية المتخصصة

| | |
|---------------------------------|-------|
| الهيئة العامة لمكتبة الإسكندرية | |
| رقم التصنيف | |
| رقم التسجيل | ١٢٠٠ |

موسوعة
المجالس القومية المتخصصة
١٩٧٤ - ١٩٩٠

المجلد العاشر

تقديم :

أدت التطورات الحضارية المتلاحقة ، خلال القرن العشرين ، الى تغيير جذرى فى قائمة « الحقوق العامة » ، فلم تعد تلك الحقوق مقصورة على الجوانب السياسية وحدها ، وإنما نشأت بجوارها حقوق أخرى على جانب كبير من الأهمية ، وهى الحقوق الاجتماعية التى أصبحت الدول ملتزمة بها تجاه أفراد مجتمعاتها منذ لحظة الميلاد الى نهاية العمر . وهكذا أصبحت تنمية الخدمات الاجتماعية ومرافقها الحيوية هدفا حضاريا وإنسانيا ، يؤثر فى سلوك الأفراد وأسلوب حياتهم ، ويحدد الغايات التى يستهدفونها ، كما يزيد من استعدادهم وقدراتهم على البذل والعطاء .

وفى هذا المجال عنى المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية فى دراساته أن يأخذ فى اعتباره ما يأتى :

- أن الموارد البشرية المصرية أكثر وفرة - بسبب الزيادة السكانية المطردة - من الموارد الطبيعية المحدودة ، مما يستلزم التركيز على تنمية تلك الموارد وحسن إعدادها ، وتوفير رعاية صحية واجتماعية بمعدلات أكبر ، ونشر الخدمات وخاصة فى مجالات الرعاية الدينية والشبابية ، وتحسين أوضاع المرافق العامة الضرورية الخادمة للإنسان المصرى ، بحيث يمكن لهذه القوة البشرية استغلال الموارد الطبيعية المحدودة بكفاءة واقتدار .

- أن الانفاق على الخدمات يعتبر استثمارا ذا عائد مجز ، سواء على المدى القريب أو البعيد ، إذ ان توفيرها وتوسيع قاعدتها يزيد من قدرة الانسان على العطاء ، وبالتالي زيادة الانتاج .

- أن عدالة توزيع الخدمات والرعاية أمر لازم للاستقرار والأمن ، وذلك كله دون تغذية أية تطلعات لا يمكن تحقيقها فى ظروفنا الراهنة ، وكذلك دون إحداث اليأس الذى يمكن أن يؤدى الى عواقب غير مرغوبة .

- ان توفير فرص العمل وتحسين ظروفه ، وتوفير المسكن اللائم وكفاءة المرافق ، أمور لا غنى عنها فى المجتمع الحديث ، الى جانب اهميتها لبث الشعور بالاطمئنان والانتماء .

وعلى هدى من هذه الاعتبارات والاتجاهات اهتم المجلس بعمل مسح لأهم المرافق والخدمات الاجتماعية ، مع تقديم الحل العلمى لمواجهة ما يشوبها من قصور أو يعترضها من عقبات .

ويتضمن هذا « المجلد العاشر » من موسوعة المجالس القومية المتخصصة : باقى دراسات المجلس القومى للخدمات واقتراحاته وتوصياته فى شأن ترشيده وتوسيع الخدمات الاسكانية والسكانية ، والصحية ، ورعاية الشباب ، والقوى العاملة ، هادفا الى مواكبة التقدم وتطوير المجتمع بالقدر المناسب لامكاناتنا وظروفنا الراهنة .

الإسكان والسكان : تواجه مصر العديد من المشكلات التى تعوق الارتفاع بمعدلات التنمية ، ومن أبرز هذه المشكلات : تضاعف النمو السكاني بمعدلات تزيد كثيرا عن المعدلات المناسبة ، فوق رقعة محدودة من الأرض ، وذلك بزيادة تجاوز حد

التشجيع للمساكن ، وتعجز الموارد وكذلك المرافق العامة ، عن الوفاء باحتياجاتها .

ولا شك أن مشكلة الاسكان تأتى فى مقدمة القضايا القومية التى تتطلب حلاً سريعاً لسد النقص فى عدد الوحدات السكنية ، ومنع تراكم هذا النقص سنة بعد أخرى . وتتضمن المواجهة العاجلة : توفير الأساسيات الضرورية لإقامة المباني والمنشآت السكنية - وفى مقدمتها أراضى البناء - ومدها بالمرافق العامة ، فى إطار تخطيط عمرانى سليم . وتوفير مواد البناء المختلفة وتيسير الحصول عليها ، ودعم قطاع التشييد والبناء ، واعداد العمالة الماهرة اللازمة له . وتنشيط دور القطاع الخاص والتعاونى فى انشاء المساكن . مع ضرورة تحقيق التوازن فى العلاقة بين المالك والمستأجر .

أما على المدى الطويل : فينبغى وضع سياسة لإعادة توزيع السكان ، والتوسع فى انشاء المدن الجديدة لاستيعاب الزيادة السكانية المطردة . مع مراعاة أهمية تحقيق التكامل فى التجمعات السكانية والمدن الجديدة ، بما يتيح الموارد بكافة أنواعها ، وتوفير أسباب الحياة بكل مقوماتها . لكى تحقق الغرض من انشائها فى جذب عدد كبير من السكان إليها وتخفيف الضغط على القاهرة والمدن الكبرى .

الخدمات الصحية : تأخذ الدول على عاتقها مهمة تقديم الرعاية الصحية لجميع مواطنيها ، باعتبارها حقاً من الحقوق الأساسية لكل فرد فى المجتمع . وتشتمل الرعاية الصحية على شقين أساسيين : الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية ، بفروعها المختلفة التى يلزم أن تتم من خلال نظام شامل يضمن التكامل بين المستويات المتنوعة للخدمات الصحية من أولى درجاتها ، وحتى أعلى درجات الخدمة التخصصية . مع التنسيق بين جميع الخدمات العلاجية لتكون محصلة ذات مضمون اقتصادى من جملة الخدمات التى يقدمها القطاع الحكومى ، والعام ، والتأمينى ، والخاص .

وتتوخى الرعاية الصحية كفاءة حق المواطن فى الخدمة الصحية ، وتطوير وتنسيق نظم العلاج ، والتوسع فى خدمات التأمين الصحى .

رعاية الشباب : يكتسب الفرد خصائصه الانسانية وأنماط سلوكه من خلال التجارب التى يشارك فى صنعها ويعيشها مع الأسرة والأصدقاء والزملاء . ومن ثم فإن علينا توفير الفرص للشباب ليسهموا بذاتيتهم ورغبتهم فى صنع تجارب حياتهم بدءاً من المشاركة فى اتخاذ القرار الى التخطيط ثم التنفيذ ، وتقدير النتائج والافادة من الخطأ والصواب . وتقع هذه المسئولية فى المقام الأول على عاتق الجماعات والمؤسسات الشبابية ، مع مراعاة ظروف كل قطاع من قطاعات الشباب ومشكلاته وحاجاته . ولا يعنى ذلك الاكتفاء بصفوة محدودة من المتفوقين والموهوبين ، بل ينبغى أن تخطط برامج الشباب بحيث تكون ممارسة الأنشطة كلها ميسرة للجميع ، حتى يمكن تحقيق التوازن فى نمو الشباب من خلال تكامل تربيوى : ثقافى ودينى واجتماعى ورياضى وفنى ، للوصول الى غاية واحدة مشتركة هى التنشئة والتنمية المتكاملة .

القوى العاملة : التنمية عملية مستمرة تحتاج الى حشد كافة الموارد والامكانيات المتاحة ، وفى مقدمتها العنصر البشرى

الذى يمثل العصب الرئيسى للانتاج ، مما يتطلب زيادة قوة العمل المنتجة ورفع مستوى مهارتها وكفايتها وقدرتها على الابتكار . على أن يراعى فى هذا المجال :

• أن يتم تخطيط القوى العاملة ، باعتباره جزءاً لا يتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، ضمن الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل ، بحيث يتم التنسيق بين : سياسات الاستثمار ، وسياسات الاستخدام والأجور ، وسياسات التعليم والتدريب ، وباقى السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة ، بهدف توسيع الطاقة الاستيعابية للاقتصاد المصرى لتستوعب كافة نوعيات العمالة مستقبلاً .

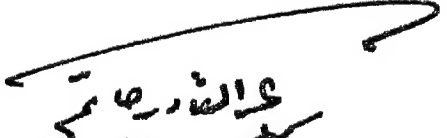
ويقتضى ذلك : تطوير نظم وسياسات التعليم والتدريب والبحث العلمى ، بما يؤدى الى الوفاء باحتياجات المجتمع ، من حيث الكم والكيف ، فى التخصصات والمهارات المطلوبة ، وبما يحقق التوازن بين الاحتياجات والموارد من القوى العاملة المؤهلة والمدربة ، فى الأجلين القريب والبعيد .

. . .

وقد أولى المجلس فى دراساته لجميع هذه الموضوعات اهتمامه لبحث المشاكل الملحة التى تواجه التنمية الاجتماعية لتحقيق آمال المواطنين ورفع المعاناة عنهم - وعنى فى الوقت نفسه بوضع السياسات طويلة المدى فى هذا المجال باعتبار الترابط الشديد بين هذين الاتجاهين ، اذ لا يمكن السير فى أى منهما بمعزل عن الآخر .

ولعل المضامين التى اشتملت عليها البحوث والدراسات التى يضمها هذا المجلد ، وما توصلت اليه من حلول ، وما انتهت اليه من مقترحات وتوصيات - تكون ركيزة أساسية فى بناء استراتيجية مصرية للتنمية والخدمات الاجتماعية ، تعين واضعى السياسات طويلة المدى ، وتساعد رجال التخطيط على التوصل الى سبيل قويم لحل المشكلات الملحة التى تواجه مجتمعنا .

ومن الله نستمد العون


د . محمد عبدالقادر حاتم
المشرف العام
على المجالس القومية المتخصصة

- الاسكان والتعمير
- السياسة السكانية
- الخدمات الصحية
- الشباب والرياضة
- القوى العاملة

دراسات وتوصيات المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية

القسم الأول

الاسكان والتعمير

الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١

اتجاهات عامة

لعلاج المشاكل الرئيسية للبيئة

تهتم الدول المتقدمة برفع المستوى الاجتماعى والثقافى والاقتصادى والصحى لمواطنيها والتخطيط لها من خلال تحسين وسائل الانتاج وتوفير الخدمات العامة كالطرق والمياه الصالحة للشرب والكهرباء ووسائل التخلص من الفضلات السائلة والجافة ووسائل الانتقال والمواصلات ومشروعات الصحة الوقائية والعلاجية وغير ذلك من الخدمات اللازمة لخلق بيئة بشرية سليمة وحمايتها من الخلل والتلوث لتظل صالحة لمعيشة الانسان على مستوى لائق بانسانيته ، ولاستثماراته - وبالتالي مراقبة نمو المدن والقرى على السواء وتطويرها ضمن الخطط التى تقررها من خلال الدراسات التنظيمية الشاملة ، فالبيئة اذن هى مصدر الحياة للانسان حيث تجمع كل العناصر الطبيعية والاجتماعية والثقافية ، ولذا كان ولا بد أن يندمج الانسان فى البيئة كمنصر داخل فى دورتها ، كما أن هيئة الأمم المتحدة قد اختارت تاريخ انعقاد أول مؤتمر عالمى للبيئة يوم ٥ يونيه ١٩٧٢ ليكون اليوم العالمى للبيئة ، تحتفل فيه كل دولة بالدعوة والترشيد للقضايا البيئية على المستوى الدولى ولتبادل الرأى فى العمل على حل مشاكلها . ولعل من الواضح أن التخطيط البيئى لابد أن يشتمل على معظم مقومات الحياة سواء النواحى الخاصة بالثروات

القيمة الحاضرة والمحتملة كالزراعة والتشجير والصناعة والتعدين ثم المرافق العامة ، والتى لها جميعا دراسات أخرى متخصصة فى غير مايتعلق بالبيئة لايتسع لها هذا المجال .

لذا اقتصرنا دراسة المجلس على مقومات البيئة المصرية ومشاكلها والخدمات والأنشطة البيئية المختلفة المتعلقة فقط بالمجتمعات السكانية والمؤثرة فى البيئة خاصة المرافق العامة لما لها من تأثير مباشر محسوس على حياة الانسان ومايحيط بها ، وسواء كانت تلك المشاكل من العوامل المؤثرة على مستوى البيئة والتى تتسبب فى تدهورها من جانب ، أو من العوامل التى تبعث على تلوث البيئة وتعمل على انهيارها من جانب آخر - وذلك بغية الوصول الى الوسائل الكفيلة بالحد من تلك المؤثرات والعمل على رفع مستوى البيئة والمحافظة عليها ، وكذلك القضاء على تلوث البيئة أو التحكم فيه للوصول الى المعايير القياسية للمجتمعات المتحضرة ، الى جانب النواحى الاجتماعية والاقتصادية لحماية البيئة - وعلى ذلك فقد اقتصرنا دراسة المجلس على النواحى التالية :

أولاً : العوامل المؤثرة على مستوى البيئة

١- الانفجار السكانى :

لقد واجهت مصر كثيراً من المشاكل المؤثرة على البيئة والمعوقة لمعدلات التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، ولعل من أهمها الانفجار السكانى والمشاكل المترتبة عليه ، الذى يمكن التعبير عنه بأنه النمر السكانى بمعدلات تزيد كثيراً عن المعدلات المناسبة فوق رقعة محدودة من الأرض وذلك بزيادة تجاوز حد التشبع للمساكن وتعجز الموارد وكذلك المرافق العامة عن الوفاء باحتياجاتها .

وبالرغم من أنه سبق التنبيه الى خطورة الوضع السكانى فى مصر منذ سنوات الثلاثينات حيث زاد السكان فى مصر أضعاف الزيادة فى مساحة الأرض المنزرعة الا أنه لم يستطع احد وقتئذ الاشارة الى تنظيم الأسرة مخافة إثارة الشعور القومى وتفادياً لغضب رجال الدين ، وظل الأمر كذلك حتى تاريخ انعقاد المؤتمر الدولى السادس لتنظيم الأسرة فى

وأن يراعى ذلك أيضا فيما يقرر انشاؤه بالنسبة للمجتمعات والمدن الجديدة .

٢- الهجرة الداخلية :

ان الهجرة الداخلية من الريف الى المدن المختلفة أصبحت ظاهرة عامة ، فضلا عن كونها واضحة في القاهرة وبعض المدن المصرية الأخرى ، وأساسها في الواقع يرجع جزء كبير منه الى الانفجار السكاني من جانب ولاعتبارات اقتصادية واجتماعية من جانب آخر - كما أن التصنيع يلعب دورا هاما في هذا الشأن وما يستتبع ذلك من أسباب الجذب لاتاحة فرص عمل جديدة وأهل البعض في تحسين مستوى المعيشة وزيادة دخله . وتفاقت هذه الظاهرة حاليا في القاهرة الكبرى حيث زادت نسبة تعداد سكانها الى جملة سكان الجمهورية من ١٤٪ سنة ١٩٧٦ الى حوالي ٢٠ ٪ سنة ١٩٨٠ أى أن في العاصمة وحدها حوالي خمس سكان الجمهورية ، وتزيد هذه النسبة سنة بعد أخرى ويتزايد التزاحم بما يؤثر تأثيرا سيئا على البيئة المعيشية الأمر الذي يلزم تداركه فورا منعا للكثافة السكانية البيئية وغيرها المترتبة على ذلك .

ولما كانت هذه الظاهرة تشمل الكثير ممن لاعمل ولاحرفة له بالقاهرة ، ولارأسمال يستغله ، فيهاجر الى القاهرة ويعمل بانعا متجولا أو بائع يانصيب وماشابه ذلك ويقطن ويعيش بأى صورة ، مما يساعد على ظهور تجمعات بشرية متباينة تضم تكدسا سكانيا كثيفا متخلف الوعى ، كثير الانجاب ومنخفض المستوى الاقتصادى والاجتماعى والصحة ، الى جانب مايشير من مشاكل للأمن العام وتلوث البيئة والعمل على تدميرها ثم يطالب بحقه في توفير الخدمات والمرافق له على مختلف أنواعها من مسكن ومياه وصرف صحى وكهرباء ونقل ورعاية صحية واجتماعية ... الخ ، وذلك كله علاوة على ماتضيفه الهجرة المطردة المترتبة على التوسعات الصناعية المترددة بأطراف القاهرة الكبرى والخدمات اللازمة لها ، مما أثقل كاهل هذه المرافق وجعلها عاجزة عن أداء

القاهرة عام ١٩٣٧ تحت اشراف اللجنة الطبية المصرية ، فقد صدر على إثر ذلك فتوى من مفتى الديار المصرية تجيز اتخاذ بعض صور التنظيم .

ولكن قيام الحرب العالمية الثانية استقطب اهتمام الرأى العام وحوله الى ماعداء حتى سنة ١٩٤٥ ، ومن ثم لم يتم الاهتمام جديا بالمشكلة السكانية ، وصاحبه الانخفاض المستمر في نصيب الفرد من الاراضى الزراعية دون الاهتمام بالتصنيع فانعكس ذلك على الدخل القومى . واستمر هذا الوضع الى أن تم انشاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة سنة ١٩٦٥ وانشاء مراكز له متعددة بمختلف الجهات فكان ذلك ايدانا بتوزيع مسئوليات تنظيم الأسرة على القطاعين الحكومى والأهلى واتخاذ خطوات جدية تنفيذية في هذا السبيل من الأجهزة والمراكز المختلفة المعنية في طول البلاد . والأمل أن يزيد نجاح هذه الأجهزة بنصيب في الحدمن تفاقم الانفجار السكاني الذى أصبح يلتهم كل الجهود المبذولة في تنمية الدخل القومى ويتسبب في تدهور المرافق المختلفة والعوامل المؤثرة في صحة البيئة المصرية من مياه وصرف صحى وتخلص من الفضلات (النظافة العامة) ومخلفات الصناعة وتلوث الهواء والتربة والازدحام العام والضوضاء .

وليس يخاف في هذا المجال أهمية تخطيط المدن وأثره على البيئة ، ويتقضى ذلك سرعة اعتماد الخطوط العريضة لتخطيط كل من المدن الكبرى الحالية وتحديد أقصى كرون لها على أساس التشبع السكاني الذى يتحدد لكل مدينة ، مع مراعاة أفضل المراكز الثقافية والترفيهية ومراكز الخدمات كالبريد والشرطة والمحاكم والمناطق التجارية واحاطة المدينة بأحزمة خضراء من الزراعة والتشجير لتوفير مناطق صحية وترويحية ومصدر مناسب للغذاء للمدينة لكي تتم الدراسات التفصيلية والتوسعات المستقبلية حتى عام ٢٠٠٠ لجميع المشروعات بما في ذلك المرافق العامة وشبكاتنا وفروعها على أساس تخطيطى سليم ولايتناولها التغيير المستمر مستقبلا والذي له أثره على البيئة والاقتصاد القومى -

الخدمات الضرورية .

لذلك فإن الأمر يقتضى استيعاب مثل هؤلاء المهاجرين مستقبلا فى محافظاتهم بإنشاء عوامل جذب بها وإنشاء مراكز للتدريب والتأهيل للحرف بتلك المحافظات وإنشاء المصانع الجديدة بها مع عدم إنشاء أية مشروعات صناعية جديدة فى نطاق مدينة القاهرة الكبرى التى وصلت الى درجة التشبع فى هذا المجال .

ومن الحلول العاجلة لهذه الظاهرة ان تصبح مدينة القاهرة الكبرى مقفلة أمام أى هجرة جديدة اليها لفترة مؤقتة فلا يسمح بعد ذلك التاريخ بالاقامة المستديمة بها الا لمن له عمل ثابت فيها أو تتوافر فيه شروط معينة يحددها القانون ، أو أن تتم بتصريح لفترة محدودة تعتبر الإقامة خلالها زيارة مؤقتة لقضاء مهمة خاصة شأنها فى ذلك شأن ما اتبع فى بعض عواصم الدول - وذلك الى جانب اعلان المدينة مقفلة أمام أية انشاءات لمصانع جديدة ويوجه انشاؤها الى مدن أخرى حسب احتياجاتها .

هذا بالإضافة الى ضرورة وضع خطط طويلة الأجل لتنمية وتقديم المناطق الريفية والمدن الأخرى ووضع الأنظمة والتشريعات اللازمة مع الحزم الشديد فى مراقبة تنفيذها .

٣- الهجرة اليومية :

كان للزيادة المطردة فى عدد السكان والزيادة فى عدد المساكن القديمة الآيلة للسقوط ، مع تزايد الهجرة الداخلية من الريف الى المدن ، شأن كبير فى تفاقم مشكلة الهجرة اليومية . كما أن إنشاء المصانع الجديدة خاصة بعد الثورة ، وتركيزها وكذلك شركات القطاع العام ، فى مدينة القاهرة الكبرى ، قد أدى الى مشكلة جديدة ، وهى الهجرة اليومية للعاملين بتلك المصانع وشركات القطاع العام والتى بلغت فى مدينة القاهرة أكثر من مليون نسمة ، تضيف عبئا جديدا مفاجئا على المرافق العامة من مياه ومجارى ونقل ومواصلات حتى أعجزها تماما ، فوق قصورها عن القيام بأداء خدماتها ، وتزيد فى الزحام والضوضاء التى

تعانى منها القاهرة مما يؤدى الى تدهور البيئة وزيادة التلوث ، وليس هناك من سبيل للحد من هذه الظاهرة الا بإجراء دراسات شاملة لجميع الظروف المتشعبة لهذه الهجرة ، مع الأخذ فى الاعتبار نقل ما يمكن نقله من المصانع الى الأقاليم وإنشاء المساكن اللازمة للعاملين بها ، مما يساعد على استقرار ملايين من المواطنين وتوفير الجهد والوقت والمال الذى يضيع فى الانتقال وينعكس بالتالى على قدرة المواطنين على الانتاج علاوة على أثره السيئ على البيئة من مختلف النواحي .

٤- الزحام وصعوبة المرور والضوضاء :

ان الانفجار السكانى والهجرة الداخلية والهجرة اليومية ، بالإضافة الى عدم توفير المساكن بالمدن وضيق الرقعة السكانية نسبيا ، تتضافر جميعا فى خلق مشكلة خطيرة على مستوى البيئة وهى زيادة معدلات الكثافة السكانية الى حد لا يتلاءم حتى مع المعيشة المتواضعة فى بعض الأحياء بالمدن ، حيث بلغت كثافة السكان فى مدينة القاهرة مثلا نحو ١٠٠٢٢٥ نسمة فى حى باب الشعوبية بالكيلومتر المربع ، ١٠٠٩٠٧ فى حى روض الفرج فى تعداد سنة ١٩٧٦ بما يجاوز أربعة أمثال الكثافة المناسبة .

ولم يقتصر الزحام على المعيشة السكنية فقط ، بل شمل أيضا وسائل الانتقال حتى أصبح الكثيرون يفضلون السير على الأقدام عن استعمال السيارات ووسائل الانتقال الأخرى ، كما أن السير على الأقدام لم يعد أسهل بكثير ، فقد اكتظت الأرصفة وازدادت الحفر الناجمة عن اصلاح المرافق من مياه ومجارى وكابلات تليفون وغيرها . وكذلك فان المحال المقلقة للراحة كالورش والمصانع القائمة بين الأماكن السكنية ، تسبب كثيرا من الضوضاء ، وهذا يقتضى نقلها الى مناطق محددة بأطراف المدينة فى الأماكن المخصصة لها ، مع تطوير التشريعات الحالية وإحكام الرقابة والتنفيذ . ومن الجدير بالذكر أن الضوضاء فضلا عن أثرها الضار على صحة الانسان والجهاز العصبى له بصفة خاصة ، فان لها أثرا سيئا من الناحية الاقتصادية أيضا ،

الهواء والماء والتربة .

١- تلوث مصادر مياه الشرب والمجاري المائية والبحار والبحيرات :

أ- مياه الشرب :

بدأ العالم يصل الى مرحلة نقص خطير في المياه العذبة ، لا في المناطق الصحراوية فحسب ، ولكن أيضا في غيرها من المناطق مثل المناطق الساحلية وكذلك مناطق التعمير والاستصلاح الجديدة مما استلزم الاتجاه صوب البحر لتدبير الاحتياجات من الماء العذب حتى لا يؤخر الافتقار اليه خطوات النمو الاقتصادي أو يؤدي الى تدهور مستوى المعيشة لسكانها . وكما أن الماء لازم لاستمرار الحياة فقد يكون سببا في القضاء عليها ، اذا استعمل ملوثا سواء بالميكروبات المنقولة الى مياه الشرب من المخلفات الادمية والحيوانية أو من المخلفات الصلبة ، أو فضلات الصناعة أو من المبيدات الحشرية . مما يتحتم معه القضاء على كل أسباب ما يعرض مياه الشرب الى التلوث ووضع التشريعات لذلك ومراقبة تنفيذها بكل دقة ، وذلك بالتنسيق بين الجهات المعنية بمصادر هذه المياه وأهمها أجهزة الري والزراعة والصناعة .

ولما كانت عمليات المياه الجوفية عرضة أيضا للتلوث بون الانتباه الى ذلك ، اذا لم تتوفر لها العناية اللازمة بالكشف والتطهير الدوري لها ، وبصفة خاصة لخزانات المياه العالية ، للاطمئنان على استمرار مطابقة مياهها للمعايير الصحية ، وخاصة خلوها من مركبات الحديد والمنجنيز والأملاح الضارة ، والمبادرة بالمعالجة اللازمة لما لها من تأثير سئ على الصحة العامة ، لذا يقتضى الأمر تطوير القانون ٢٧ لسنة ١٩٨٧ ولائحته التنفيذية في شأن تنظيم الموارد العامة لمياه الشرب بما يلزم الجهات المحلية القائمة على تشغيل عمليات المياه الجوفية بذلك مع فرض العقوبات الرادعة عن كل إهمال .

ب- المجارى المائية والبحار والبحيرات :

تهتم الدول المتحضرة بتجميع ومعالجة المخلفات السائلة والتخلص منها بطريقة سليمة بما يرفع المستوى الصحى والاجتماعى والاقتصادى

حيث ينفر السياح من طول الإقامة بل ومن تكرار الزيارة ويكون ذلك احدى الدلالات السيئة لما عليه البلاد من هبوط لمستوى البيئة على الصعيد العالمى .

لذلك فانه يجب العمل فورا على تخفيف أثر الزحام والضوضاء والمرور ، بدراسة العوامل المؤدية الى ماوصلت اليه حال كثير من المدن المصرية ، مع مراعاة تنفيذ قوانين الوقاية من الضوضاء بحزم شديد وأن يتبع نظام المناطق المحددة بحيث لا يكون هناك خلط بين الأماكن المعلقة للراحة والأماكن السكنية - وأن تعاد دراسة وسائل النقل المناسبة لشوارع المدن - وقد يستدعى الأمر منع مرور السيارات فى بعض الشوارع ، ومراعاة ذلك فى تخطيط المجتمعات الجديدة .

ثانيا : تلوث البيئة

التلوث هو كل تغيير فى الصفات الطبيعية للعناصر التى تتحكم فى البيئة التى يعيش فيها الانسان وأهمها الماء والهواء والتربة ، تغييرا يؤدي الى الاضرار بها نتيجة للاستعمالات المشروعة لهذه العناصر وذلك بسبب اضافة مواد غريبة عنها - كما أن التلوث بأنواعه المختلفة له أثره السيئ على البيئة . فالتلوث البيولوجى مثلا يشمل التلوث الميكروبي والطفيلي والمنقول من الحشرات الناقلة للأمراض المعدية والمتوطنة من المخلفات الادمية والحيوانية التى تلوث المياه والطعام ، وكذلك من القاء مخلفات المدن والصناعة بجوار موارد مياه الشرب أو المصارف الزراعية ثم الاستخدام الأدمى للمياه ، كما تلوث المنتجات الزراعية بالمبيدات الحشرية وتسبب الأمراض والتسمم للانسان والحيوان اذا كان تركيزها عاليا أو اذا تراكمت فى جسم الانسان بجرعات صغيرة لفترات طويلة .

والتلوث الكيميائى ينتج عن عمليات التصنيع والنشاط الزراعى مثل تلوث الهواء من دخان المصانع وأتربة عمليات البناء وصناعة الأسمنت ومن دخان عادم وسائل النقل أيضا ، هذا الى جانب أنواع التلوث الأخرى كالتلوث بالمواد المشعة نتيجة التجارب الذرية وغيرها وما يترتب عنها من تلوث للهواء والماء والأغذية . ومن الواجب القضاء على مسببات هذا التلوث وبصفة خاصة فى أهم العناصر المؤثرة فى البيئة وهى

للمواطنين وبالتالي يؤدي إلى زيادة الانتاج - بدلا من طرق الصرف القديمة ومالها من تأثير سىء على البيئة نتيجة تشبع التربة بالمياه المتسربة من خزانات المباني وارتفاع منسوب المياه الجوفية بما يضر بالصحة العامة ، ويلوث مصادر مياه الشرب المستمدة من الآبار الارتوازية ، علاوة على الخطر الذى يهدد أساسيات المنشآت وسلامتها . ورغم أن مشروعات المجارى أكثر كلفة وصعوبة فى التنفيذ من منشآت المرافق الأخرى ، إلا أنها لضرورتها وأهميتها فإن كافة الدول المتحضرة أخذت الخطوات اللازمة لتعميمها طبقا لأحدث النظريات ، وأصبح تعميم مرفق المجارى فى الدول مقياسا لمدى تقدمها فى أسلوب المعيشة والحضارة ومستوى البيئة ، فبدلا من أن يكون الصرف للمخلفات الأدمية والسائلة مصدرا للتلوث ، يصبح مصدرا لزيادة الانتاج القومى ، حيث تستخدم المياه بعد تنقيتها تنقية تامة فى الري لزيادة الرقعة الزراعية ، وتستخلص المواد الراسبة كسماد لزيادة غلة الأرض وتخصيبها ، كما أن الغازات الناتجة من عمليات المعالجة تستخدم كوقود لإدارة الماكينات وكذلك مصدرا للاضاءة والكهرباء .

ولقد كان نتيجة للتخلف فى انشاء مشروعات المجارى بالمدن فى الجمهورية وعدم مجاراتها للتوسع فى استهلاك المياه لأغراض الشرب والاستخدام المنزلى بالإضافة الى التوسع الصناعى واحتياجات المصانع لصرف مخلفاتها ، أن برزت مشكلة التخلص من المخلفات السائلة فى كثير من مدن الجمهورية مما ترتب عليه صرفها فى مجارى المياه والبحار والبحيرات دون معالجة فى كثير من الأحيان ، هذا بالإضافة الى ظاهرة الطفح فى بعض المواقع بتلك المدن مما يعرض صحة المواطنين للخطر ويؤدى الى تدهور البيئة بصفة عامة .

ولما كان القانون ٩٢ لسنة ١٩٦٢ ولائحته التنفيذية بشأن صرف المخلفات السائلة لايلقى جدية فى مراقبة أحكامه بشأن المخلفات قبل صرفها فى المجارى المائية ، فإن الأمر يحتاج الى معالجة هذا القصور فى التطبيق - كما يقتضى الأمر أن يشمل القانون حماية شبكات

المجارى وشبكات تجمع مياه الرشح من التوصيلات المختلفة ، تلافيا لما ينجم من تلوث التربة والمياه الجوفية . وإن توضع خطة لمشروعات التخلص من مياه الرشح العالية أو تخفيضها فى المدن التى لايتيسر فى وقت قريب عمل مشروع للصرف الصحى لها وذلك لخفض المياه الجوفية الحالية لما لها من أثر ضار بالصحة العامة .

٢- تلوث الهواء :

التلوث الجوى هو أحد أنواع التلوث الخطير على حياة الانسان وصحته والذى يتسبب عنه بعض الأمراض المستعصية ، وهو من أهم المشاكل الحديثة فى البيئات الحضرية بالدول النامية التى تتطلع الى الصناعة وتتعمش الى مشاريع التنمية كعامل أساسى فى رفح مستوى الدخل والقضاء على البطالة . ويعد تلوث هواء المدن أحد مشاكل التلوث الجوى فى مصر . وقد أصبحت هذه الظاهرة ملموسة وطاقية فى بعض البيئات الحضرية ، وفى القاهرة مثلا يتفاقم خطر سحابة الدخان التى تطلقها يوميا عوادم أكثر من مائة ألف سيارة تجوب شوارعها ومائة وعشرين مدخنة للمصانع تتفث الخطر فى أجوائها ، هذا فضلا عن حوالى عشرين ألف موقع تنتشر وسط القاهرة ومساكنها من الورش والصناعات الصغيرة وغيرها وتتبعث منها طوال النهار والليل عوادم ونفايات يتلوث منها الجو .

ومن المعروف أن القاهرة الكبرى تشمل عدة مناطق تتركز فيها المصانع وتحيط بالعاصمة ، أهمها حلوان والتبين وشبرا الخيمة ومسطرد . فقد أقيمت بهذه المناطق صناعة الحديد والصلب ومجتمعاتها ومصانع الأسمدة والكيماويات والأسمنت وغيرها من الصناعات التى لها عوادم فعالة فى التلوث الجوى - وقد أدت هذه المصانع الى تلوث الهواء المحيط بها . وأصبح الأمر يستلزم سرعة العلاج لحماية البيئة من عوامل السموم والتخفيف من اثارها .

ولاشك فى أن التخطيط البيئى على جميع المستويات سواء القومى أو الإقليمى والحضرى يساهم فى عدم تفاقم مشكلة تلوث الهواء

وفى الدول المتقدمة ، يتم التخلص من القمامة بطرق حديثة تستهدف أولا حماية البيئة وذلك سواء بتحويلها الى سماد وغازات تستخدم فى الوقود ، أو بالردم فى المناطق الصحراوية خارج المدن لاستحداث مساحات جديدة من الأراضى صالحة للتشجير وإنشاء الحدائق وغيرها .

وبالرغم من صدور التشريعات بفرض الضرائب على المواطنين للمساهمة فى القيام بأعمال النظافة العامة ، فإن الجهات المعنية بالنظافة العامة بمختلف مدن الجمهورية تنشط فقط فى تحصيل تلك الضرائب دون القيام بالنظافة العامة ، مما يستلزم تعديل قانون النظافة وتحديد أسلوب القيام بها وتحديد مسؤولية المشرفين عليها ومساعدة المقصرين فى أدائها . هذا الى جانب وضع الخطط العملية اللازمة للنظافة العامة وردم البرك والمستنقعات بالقرى بما يتناسب مع طبيعة البيئة والحياة بالريف .

ثالثا : النواحي الاجتماعية والثقافية والتنظيمية للبيئة

١- التوازن الطبيعي للبيئة :

تعتبر البيئة المستودع لموارد الانسان والذى تتفاعل فيه هذه الموارد مع بعضها البعض وتؤثر على الانسان وتتأثر به خصوصا فى العصر الحالى الذى تزايد فيه قدرة الانسان على التأثير فى البيئة ، وللبيئة توازن حركى (ديناميكى) تحفظه مجموعة من الضوابط المتشابهة المعقدة التى لم تعرف كلها بعد ، ومع ذلك فالبيئة مرنة ولها طاقة معينة على استيعاب ما يمكن أن يطرأ عليها من تغييرات وما قد يحدث لها من تعديلات نتيجة لنشاط الانسان - ولكن هذه الطاقة على الاستيعاب لها حدود ، فاذا تجاوزنا هذه الحدود أدى ذلك الى خلل يصعب اصلاحه أو تعويض خسائره ، ولا يمكن للانسان أن يتعرف على هذه الحدود الا عن طريق البحوث والدراسات التى ترشده الى أين يمكن أن يذهب فى تعامله مع البيئة وأين يلزم أن يقف .

مستقبلا الى جانب العمل لتقليل هذا التلوث تدريجيا حتى القضاء عليه .

٣- تلوث التربة :

لا شك أن الري والصرف هو أساس هام فى التنمية الزراعية خاصة فى البلاد النامية وأن مشروعات الري والصرف لها اثار جانبية كثيرا ما تسبب تدهورا فى خصوبة التربة وملوحتها وارتفاع منسوب المياه الجوفية فيها اذا كانت مشروعات الصرف الري بها غير متناسقة . ومن أسباب تلوث التربة تشوين الأسمدة البلدية داخل الكتلة السكنية بالريف ، والقمامة والتفابقات الصلبة بالمدن وذلك لما تحمله من ميكروبات وطفيليات ، وكذلك استخدام الكيماويات الخاصة بمقاومة الآفات ومالها من تأثير على المنتجات الزراعية وبصفة خاصة الخضروات .

ولذلك فإن التخطيط الحديث يجب أن يشمل العلاقات البيئية المتزنة بين التربة والنبات والماء للحصول على أعلى انتاج دون الإضرار بالبيئة ، مع المحافظة عليها بالعمل على مكافحة الآفات بالأساليب المستحدثة حديثا بتطوير الآلات المستعملة فى مجال المبيدات بغية تقليل تلوث البيئة الى أقل حد ممكن ، وأن تعمل جهات الاختصاص على تعديل التشريعات الخاصة بتسجيل المبيدات وتصنيعها والاتجار فيها لتكون على أحدث المعايير المؤثرة على الحشرات والطفيليات بأقل ضرر على البيئة ، ومتابعة نتائج ذلك التطوير .

٤- التلوث من النفايات والفضلات الجافة :

تعتبر النظافة العامة من أهم دعائم حماية البيئة الانسانية (سواء فى الحضر أو فى الريف) من مضار انتشار الذباب والناموس والحشرات الناقلة للأمراض التى تجد فى الفضلات الجافة (القمامة) مرتعا خصبا لنموها ، فضلا عن الروائح الكريهة والمناظر المقيزة التى تنجم عن تركها دون التخلص منها ، أو عن نقلها مكشوفة تجوب الشوارع فضلا عما لذلك من أثر سئ على تنشيط السياحة ، إذ ينفر السياح من تكرار العودة .

لذلك فإنه يلزم تنشيط الأبحاث المتعلقة بالبيئة وعوامل توازنها
رحايتها والحفاظة على سلامتها ومكافحة التلوث مع الرقابة والعمل
على عدم تجاوز حدود استيعاب البيئة .

٢- التقييم البيئي :

حتى يمكن المحافظة على البيئة التي أصبحت تتحكم فيها
التكنولوجيا على صيغتها الطبيعية في عصرنا الحديث ، فإنه لابد من
وضع ضوابط وقواعد لتنظيم العلاقات والمشروعات المختلفة التي تشمل
كل الأنشطة التي تمس حياة الانسان .

ومن هنا نجد أن البيئة ومالها من ارتباط بحياة الانسان ، تدخل في
قطاعات مختلفة مثل النقل والمواصلات والاسكان والمرافق والطاقة
والصناعة والزراعة والرئ ... الخ . فالنقل من حيث أنه يسهل طرق
الانتقال والربط بين المجتمعات المختلفة والنهوض الاقتصادي بالدولة ،
الا أنه قد يؤدي الى تلوث الهواء وإحداث الضوضاء .

أما الاسكان والمرافق من مياه وبحار وكهرباء ، فهي واضحة المعالم
لعلاقتها بالبيئة وتطورها وأهميتها الحيوية والاقتصادية ، الا أنها عرضة
للتلوث .

كذلك بالنسبة الى الصناعة والطاقة فهي عنصر أساسى ومباشر في
البيئة ، والمكون الرابع مع الهواء والماء والغذاء الذى يلزم لوجود الحياة ،
لذا كان ضروريا المحافظة على مصادر الطاقة الطبيعية والصناعية
واكتشاف مصادر أخرى لها .

أما الزراعة ، مع ارتباطها الوثيق بالرئ ، فهي مصدر الطعام
للانسان ومؤثر فعال ولابد من المحافظة عليها من تلوث المبيدات الحشرية
وغيرها من أسباب التلوث ، واستخدام الطرق الحديثة التكنولوجية في
استزراع الأراضى وإنتاج المحاصيل .

وتأسيسا على ماتقدم فإنه لابد من التقييم البيئي لكل من
المشروعات المتعلقة بهذه الأنشطة لتحديد مدى فاعليتها وتأثيرها على
البيئة ، وذلك بأن يتم الربط بين التشريعات البيئية والتخطيط الانمائى ،

بأن تنص التشريعات البيئية على أن يتضمن التخطيط الانمائى عنصر
التقييم البيئي للمشروعات مع وجوب إعداد تقرير تفصيلى للأثار البيئية
لأى مشروع ، للتعرف والتنبؤ والتفسير للعواقب البيئية للمشروع الانمائى
والذى على أساسه يصدر القرار النهائى بشأن تنفيذ
المشروع .

٣- التوعية والترشيد البيئي:

يلزم المحافظة على البيئة ، فى تنفيذ مشروعات التنمية المختلفة أن
يوضع تخطيط انمائى للمجتمع متضمنا عنصر التقييم البيئي ، وأن
يقوم على دراسة شاملة لجميع الثروات القومية المستغل منها حاليا
والمحتمل فى المستقبل ، مع ترشيد استغلالها متوازنة ، وحماية البيئة
المصرية من المضاعفات التى تنجم عن العجلة التى تقع فيها نتيجة
الحاجة الملحة الى مشروعات التنمية المختلفة شاملا ذلك انشاءات المدن
الجديدة .

ومن الجدير بالذكر أن جهات متعددة تتبع وزارات مختلفة وتنظيمات
ادارية متباينة تعنى بدراسة مشاكل البيئة ، يصعب ايجاد العلاقات
اللازمة بينها لتنفيذ نتائج تلك الدراسات ومتابعة تقييمها ، وعلى سبيل
المثال ، فإنه توجد لجنة دعم بحوث البيئة بأكاديمية البحث العلمى ، كما
أن هناك لجنة مشكلة بوزارة التربية والتعليم لدراسة المسائل البيئية
بالشعبة القومية للتربية والعلوم والثقافة ، وكذلك وحدة لدراسات تلوث
المياه بالمركز القومى للبحوث ولجنة عليا للبيئة برئاسة وزير الصحة الى
جانب اللجنة العليا لمياه الشرب بوزارة الصحة أيضا ، فضلا عن صدور
القرار الجمهورى رقم ٨٦٤ لسنة ١٩٦٩ بإنشاء لجنة عليا لحماية الهواء
من التلوث - وهذه كلها أو معظمها تختص بالبحث فى احد أنشطة
البيئة .

هذا علاوة على الندوات العلمية والمؤتمرات التى نظمها منفردة تلك
الجهات مثل مؤتمر أكاديمية البحث العلمى المنعقد فى أكتوبر سنة ١٩٧٧
بالنسبة لمشكلة الضوضاء وأثرها للمحافظة على البيئة ، والندوة العلمية

التي انعقدت بجامعة أسيوط في يونية ١٩٧٨ ، وأخيراً يوم البيئة العالمى المنعقد بالقاهرة في يونيه ١٩٧٩ الذى استعرض العوامل المؤثرة على البيئة من النمو السكانى والطاقة والطعام والتعدين ، وذلك الى جانب الدراسات والأبحاث المتفرقة التى قام بها المركز القومى للبحوث ، وما قام به برنامج الأمم المتحدة ووزارة النقل وهيئة التصنيع .

وبالرغم من هذه الدراسات والأبحاث ، فإن الاحساس بأهمية البيئة لم يكتمل بعد عند كثير من الجهات ، خاصة من الناحية التطبيقية التنفيذية ، أو أنه يأتى فى ترتيب الأولويات فى موقع لايسمح بدفع الدراسات المتعلقة بالبيئة الى مرحلة التطبيق ، أو ظل الانتفاع بهذه الأبحاث والدراسات فى التطبيق محدود ، وذلك لتفرق تلك الجهات وعدم وجود ترابط فيما بينها وإن كانت قد أجمعت كلها على ضرورة تشكيل جهاز قومى مختص لتنسيق الرقابة على الوحدات المسئولة عن حماية البيئة ومراقبتها .

كذلك فإن مفعول التشريعات البيئية لن يكتمل ولن يمكن تنفيذها بدون معاونة ووعى الجماهير والقواعد الشعبية التى ستمتج بتحسين نوعية البيئة ، وذلك بغرس الوعى البيئى فى نفوس النشء والأجيال الحالية والمقبلة بتدريس " علم البيئة " ومبادئ حمايتها بالمدارس باعتباره علماً أساسياً فى الدراسة ، مع التوعية والترشيد للجماهير عامة بوضع برامج لدعاية اعلامية مدروسة تشترك فيها كافة أجهزة الاعلام فى النولة لتنمية الوعى البيئى .

التوصيات

على ضوء ماتقدم ومادار فى المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

بالنسبة لتلوث مياه الشرب :

* يلزم توفير الضمانات لسلامة موارد المياه السطحية والجوفية التى تستخدم فى الشرب وذلك بالتنسيق الكافى بين الجهات المعنية بمصادر هذه المياه ، وأهمها أجهزة الري والزراعة والصناعة بأن يصدر التشريع الملزم لكل منها بإخطار الجهات القائمة على انتاج مياه الشرب

بكل من المشروعات المستجدة التى تصل تصريفاتها الى موارد المياه لمحطات مياه الشرب القائمة حتى يتسنى لتلك الجهات (قبل البدء فى تنفيذها) دراسة أثرها على سلامة تلك الموارد والأطمئنان الى عدم تلوثها .

* ضرورة الاهتمام بعمليات المياه الجوفية والتعقيم والتطهير والغسل الدورى لخزانات المياه العلوية خاصة بالريف وشبكات المياه بها للأطمئنان الى عدم تلوثها واستمرار توافر المواصفات ومطابقتها للمعايير الصحية خاصة لعناصر الحديد والمنجنيز والأملاح الضارة مع خلوها من التلوث .

* العناية بتقليل الفاقد الكبير من شبكات مياه الشرب لما له من أثر على زيادة ارتفاع منسوب المياه الجوفية وبالتالي أثره السئ على البيئة وسلامتها علاوة على الناحية الاقتصادية وفضلاً عن القاء عبء جديد على الجارى دون مبرر.

— بالنسبة لتلوث المجارى المائية والبحار والبحيرات :

*التشدد فى تطبيق وتنفيذ أحكام القانون ٩٣ لسنة ١٩٦٢ الخاص بصرف المخلفات السائلة فيما يتعلق بمعالجة تلك المخلفات قبل صرفها فى المجارى المائية على مختلف أنواعها بما فى ذلك البحار والبحيرات ، وأن يتضمن القانون منع صرف المخلفات السائلة الى شبكات خفض مياه الرشح .

* وضع خطة لمشروعات التخلص من مياه الرشح العالية أو تخفيضها فى المدن التى لايتيسر فى وقت قريب عمل مشروع الصرف الصحى لها ، إعمالاً لخفض منسوب المياه الجوفية ، لما لها من أثر سئ على الصحة العامة والتربة ومستوى المعيشة .

— بالنسبة لتلوث الهواء

* اصدار التشريعات اللازمة لحماية المدن والقرى من تلوث الهواء ودراسة الآثار المحتملة على البيئة ، مثل تحديد مواقع تكرير البترول أو مصانع الكيماويات ومصانع الاسمنت وغيرها .

- بالنسبة للزحام والضوضاء :

* العمل فوراً على تخفيف أثر الزحام بالمدن بإعادة دراسة النقل والمرور المناسبة لكل من شوارع المدينة وأن يقتصر مرور سيارات النقل الثقيل والنقل العام داخل المدينة على بعض شوارعها المتفرعة من الطرق الدائرية التي تنشأ حولها مع ما قد يستلزمه الأمر من منع مرور السيارات في الشوارع الأخرى .

* أن يتم التنسيق بين تنفيذ التوسعات والتجديد والإحلال لمختلف المرافق العامة (مياه - مجارى - كهرباء - صرف) على أساس تخطيط رشيد واستخدام بدائل للأرصفة والشوارع خلال فترة التنفيذ مساهمة في تقليل الزحام ما أمكن والمحافظة على البيئة.

* استبعاد المحلات المقلقة للراحة والمسببة للضوضاء بنقلها الى خارج مناطق الاسكان ، حول المدينة في الأمكنة المخصصة لها ، وعدم السماح بتراخيص مستجدة داخل المناطق السكنية .

- بالنسبة للاهتمام بالتواحي الثقافية والتنظيمية والتقييم

البيئي :

* التوازن الطبيعي للبيئة :

يلزم تنشيط البحوث والدراسات المتعلقة بالبيئة وضوابطها وعوامل توازنها وحمايتها والمحافظة على سلامتها وأسلوب مكافحة تلوثها وكيفية الرقابة والعمل على عدم تجاوز حدود استيعاب البيئة .

* الترشيد البيئي :

تدريس علم « البيئة » وحمايتها وتنميتها بالتعليم العام لترشيد والتوعية البيئية باعتباره علماً أساسياً ، مع النظر في انشاء دراسات عليا تخصصية في علوم البيئة يلتحق بها خريجو الجامعات ، وذلك مع تعريف الجماهير بالبيئة والمحافظة عليها بكل الوسائل الممكنة سواء بطرق الاعلام المختلفة اللاسلكية والتلفزيونية أو عن طريق النشرات والمحاضرات والندوات والدعوة بكافة دور العبادة .

* قصر تحركات سيارات النقل الثقيل وسيارات النقل العام والسيارات التي تستخدم الوقود الثقيل (السولار - الديزل) على التحرك بين المدن وعلى الطرق الدائرية المحيطة بالمدينة التي تسير منها شوارع فرعية الى مراكز محددة للنقل الخفيف بوسط المدينة وفي أضييق الحدود .

* نقل الورش والصناعات الصغيرة ذات العوادم الملوثة من وسط المدينة وذلك تدريجياً الى المناطق المخصصة لها خارج المدينة وحولها .

- بالنسبة لتلوث التربة :

* يقتضى أن تقوم الجهات المختصة بالعمل على مكافحة الآفات والطفيليات الملوثة للتربة باستخدام الأساليب الحديثة بتطوير الآلات المستخدمة في مجال المبيدات لتقليل تلوث البيئة الى أقل حد ممكن ، والعمل على تطوير تشريعات انتاج وتسجيل المبيدات والاتجار فيها ومواصفاتها ومتابعة ذلك التطوير .

- التخلص من النفايات والفضلات الجافة :

* يلزم التخلص من نفايات المصانع والقمامة بطرق حديثة تستهدف حماية البيئة سواء بتحويلها الى سماد وغازات تستخدم في الوقود ، أو بالردم في المناطق الصحراوية خارج المدينة لاستحداث مساحات جديدة صالحة للتشجير وانشاء الحدائق أو غير ذلك من الطرق المناسبة لكل منها .

* تعديل وتطوير قانون النظافة العامة لحماية البيئة باستخدام وسائل النقل الصحية مع تحديد مسئولية المشرفين عليها والقائمين بأدائها ، والتشدد في العقوبات للمتجاوزين في مراقبة سرعة التخلص منها ونقلها الى خارج المدينة بالطرق الصحية السليمة دون الإضرار بالبيئة .

* وضع الخطط العملية اللازمة للنظافة العامة وردم البرك والمستنقعات بالقري بما يتناسب مع طبيعة البيئة والحياة بالريف .

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

الاسكان على المدى الطويل

توزيع سكان الحضر حتى عام ٢٠٠٠ :

يبلغ تعداد مصر حاليا نحو ٤٤ مليون نسمة ويتوقع أن يبلغ هذا التعداد ٦٨ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ ، على أساس معدل زيادة قدره ٢,٣١٪ سنويا طبقا لمعدل ١٩٧٦ . ورغم أن عدد سكان الريف كان ٥٦٪ من سكان مصر عام ١٩٧٦ إلا أنه يتوقع أن يبلغ ٥٠٪ عام ٢٠٠٠ نتيجة الهجرة المتواصلة من الريف الى المدن ، وعلى ذلك فإن تعداد الحضر يقدر له أن يبلغ ٣٤ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ بزيادة قدرها ١٤ مليون عما هو الآن .

ولما كانت تكاليف انشاء مدن جديدة باهظة ولا يسهل تدبيرها ، فمن المناسب توزيع الزيادة في تعداد الحضر مناصفة بين المدن القديمة والمدن الجديدة ، التي تم بدء تنفيذ بعض منها ، ويمكن النظر في هذه النسبة مع توافر البيانات التي تحدد طاقة استيعاب المدن القديمة .

ويتيسر التوسع في المدن القديمة لتستوعب نصيبها المقدر بسبعة ملايين نسمة ، باستغلال الأرض الفضاء داخل كوردها وناتها ، وذلك بأن توفر الدولة الأراضي المنتشرة داخل هذه المدن مثل القاهرة والاسكندرية وغيرها ، عن طريق إخلاء المساحات المشغولة كمخازن ومخلفات ومافي حكمها ، الى جانب المناطق التي تشغلها القوات المسلحة التي لاتدعو

* التقييم البيئي :

يجب أن يتم الربط بين التشريعات البيئية والتخطيط الانمائى بأن تنص التشريعات على أن يتضمن التخطيط الانمائى عنصر التقييم البيئى للمشروعات مع وجوب تقديم تقرير تفصيلى للآثار البيئية لاي مشروع حتى يمكن التعرف والتنبؤ والتفسير للعواقب البيئية للمشروع الانمائى وأن يصدر القرار النهائى بشأن المشروع على أساس سليم يحافظ على البيئة من التلوث.

- بالنسبة للتنظيمات البيئية

* تشكيل لجنة أو مجلس على مستوى عال للمرافق العامة يختص بالتخطيط وبالتنسيق بين مشروعات مياه الشرب وبين مشروعات الصرف الصحى ، بحيث تتواءم توسعات مشروعات المجارى مع مشروعات التوسع فى تدبير المياه سواء لأغراض مياه الشرب والاستخدام المنزلى أو لاحتياجات الصناعة وتوسعاتها لتسيير معا جنبا الى جنب .

* انشاء جهاز أو هيئة للبيئة تتولى مسئولية التخطيط البيئى والتنسيق والرقابة بين الوحدات المسئولة عن البيئة فى كل الوزارات والمحافظة والهيئات التنفيذية وغيرها ، وباعتبار البيئة أساسا فى رسم سياسة التنمية بمختلف أنواعها ، والربط بين التخطيط الانمائى والتقييم البيئى للمشروعات ، وأن يضم الى هذا الجهاز الوحدات القائمة فعلا فى مختلف الجهات بالدراسات البيئية مع استكمالها ، واقتراح مايلزم من تشريعات أو تعديل القائم منها وتطويره لقيام تلك الوحدات بمسئولياتها على الوجه الاكمل . وأن يقوم الى جانب هذا الجهاز لجنة محلية للبيئة فى كل محافظة برئاسة المحافظ تتولى كافة الشؤون البيئية داخل المحافظة

- انشاء شبكة للأرصاد البيئية :

تقوم برصد التلوث ودرجته ، حتى يمكن مواجهته فى الوقت المناسب .

وجدواها ، واجتذابهم للمشاركة فى انشائها ، على أساس تحملهم نصيبا عادلا فى تكاليف المرافق (مياه - مجارى - كهرباء - طرق - مواصلات سلكية ولاسلكية ، وذلك فى اطار التخطيط العام لمشروعات المرافق الرئيسية للمدينة الذى تتولاه الدولة ، على أن يقوموا بانشاء الاسكان اللازم لنشاطهم ، وأن تقوم الدولة بجميع الخدمات الاجتماعية والمباني الحكومية . كما يجب اشراك الملاك الآخرين فى تكاليف المرافق بنسبة مقبولة تضاف الى سعر الأرض .

- وضع برنامج زمنى لتنفيذ وتعمير كل مدينة ، يدخل فى تحديده جميع العناصر المؤثرة على ذلك البرنامج مع متابعة التنفيذ طبقا له ، اذ أن أى خلل فى برامج التنفيذ يسبب خسارة جسيمة ، تضيق معها الجدوى الاقتصادية التى تم التخطيط على أساسها .

- إمكان دعوة شركات استثمارية أو بنوك لتتولى انشاء بعض هذه المجتمعات الجديدة أو أجزاء منها أو بعض مرافقها ، واستثمارها لفترة مناسبة تشجع على الاقدام على هذا النوع من الاستثمار .

الاسكان الحضرى :

بدأت أزمة الاسكان فى أعقاب عام ١٩٦١ ، نتيجة لاتجاه الدولة الى التنمية الصناعية مع عدم تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار فى مشروعات الاسكان الذى انفردت به الدولة . واستمر تفاقم الأزمة حتى أصبح مانحتاج اليه نحو ٣.٦٠٠.٠٠٠ وحدة سكنية حتى عام ٢٠٠٠ ، منها ٨٠٠ ألف وحدة لمقابلة النقص المتراكم فى الماضى ، و٢.٢٠٠.٠٠٠ وحدة لمواجهة الزيادة فى عدد السكان و٦٠٠ ألف وحدة للحل والتجديد .

وقد ساهمت الدولة فى تحديد حجم المشكلة واقتراح الحلول المناسبة بصور قرار رئيس الوزراء رقم ١٩٧ لسنة ١٩٧٩ فى ٥ مارس من العام نفسه بتشكيل لجنة لوضع مشروع سياسة قومية تستهدف حل مشكلة الاسكان ، وتعاونها ثمانى لجان فرعية متخصصة فى مجالات الدراسات السكانية ، وتصميم المسكن ، والأراضى ، والمرافق ، مواد البناء ، وطرق التشييد ، والتمويل ، والتشريعات . وقد قدمت اللجنة تقريرها الشامل خلال نفس العام .

الضرورة الى ابقائها داخل الكتلة السكانية ، مع تحاشى التوسع على حساب الرقعة الزراعية ، ومع الأخذ بالامتداد الرأسى - كلما أمكن - طبقا للوائح المنظمة لذلك . كما يجب نقل بعض الصناعات المضرّة الى خارج المدن ، واتخاذ الاجراءات التى تهدف الى نقل الجبانة أيضا .

كما يجب اعادة تخطيط المدن القديمة تخطيطا سليما بعد تحديد كوربوراتها على أن يكون التخطيط متمشيا مع ظروفها وأنواع ومجالات نشاطها ومتمشيا مع قدرات مرافقها ، والعمل على رفع هذه القدرات لتمشى مع الزيادة المقترحة لكل منها ، وستكون التكاليف فى هذه الحالة مناسبة اذا قورنت بالتكاليف المطلوبة لنفس الزيادة فى مجتمعات جديدة .

فإذا كان على المجتمعات الجديدة والمراكز الحضرية فى الأراضى المستصلحة أن تستوعب ٧ مليون نسمة ، وكان متوسط ماتستوعبه كل منها حوالى ٢٠٠.٠٠٠ نسمة خلال الفترة حتى عام ٢٠٠٠ ، فأننا نحتاج الى ٣٥ مدينة جديدة ، لحل أزمة توزيع السكان فى الحضر حتى عام ٢٠٠٠ . وقد تم تخطيط أو تحديد سبع من هذه المدن وهى ١٠ رمضان - السادات - ٦ أكتوبر - العبور - الأمل - العامرية - ١٥ مايو .

وفى جميع الحالات فانه يجب أن يخفف العبء عن الخزانة العامة بشتى الطرق عند انشاء هذه المدن ، اذ أنه من واقع التقديرات التى تمت بالنسبة للمدن السابق ذكرها ، فانه مطلوب نحو ٨٠ بليون جنيه منها نحو ٥٠ بليون جنيه للمدن الجديدة ، ونحو ٣٠ بليون جنيه للتوسع فى المدن القديمة ، حتى عام ٢٠٠٠ .

ونظرا لأن الطابع العام للمدن الجديدة سوف يكون صناعيا ، فانه تخفيفا للأعباء المادية على الدولة يقترح الآتى :

- تحديد الصناعات المختلفة المطلوبة حتى عام ٢٠٠٠ وأحجامها ، ثم توزيعها توزيعا جغرافيا سليما على المدن الجديدة ، طبقا لتخطيط سليم بعد دراسة جدواها الاقتصادية ، مع عدم السماح باقامة مشروعات صناعية جديدة فى المجتمعات الحضرية القائمة .

- إعلام المستثمرين بنوع الصناعات المطلوبة وأحجامها ومواقعها

– مع التأكيد على ما جاء بهذا التقرير ، ومراعاة لما استجد من دراسات لاحقة ، فإنه يمكن اقتراح ما يأتى :

بالنسبة للمباني القديمة :

ينبغي أن يتحمل كل ساكن نفقات المحافظة على سكنه وصيانته ، حيث أصبح فى حكم المالك له ، كما أن ملاك هذه العقارات قد انخفضت قيمة دخولهم منها الى حد كبير .

لذلك يجب أن يعفوا من أية مصاريف خاصة بصيانة عقاراتهم ، وأن يتحملها سكانها بصفة جماعية كل بمقدار طبقا للوائح التى تنظم ذلك .

بالنسبة لتزايد السكان :

تشجيع برامج تنظيم النسل والحد من الزيادة السكانية ، لتخفيف الوطأة على الاسكان .

بالنسبة للتخطيط العمرانى :

– الالتزام بقواعد هذا التخطيط ، مع مراعاة الانضباط والتطبيق الحازم للقانون على جميع المخالفين (استعمال اراضى – تجاوز ارتفاعات – تجاوز كثافات بنائية أو سكانية ... الخ) .

تدعيم الادارات الهندسية بالمحافظات بالمؤهلين والفنيين الذين يمارسون منح الرخص ومراقبة التنفيذ ، واشراكهم فى مسئولية وقوع المخالفات .

وفى هذا المقام ، فإنه يرجى التنبيه الى ظاهرة تقنين الأخطاء بعد وقوعها ، فكثيرا ما صدرت تشريعات تقرر التقاسيم التى تمت مخالفة للقانون ، الأمر الذى شجع على استمرار ارتكاب المخالفات .

بالنسبة للمساكن :

– تطوير أنماط ومكونات وتصميم المساكن ، ومواكبتها للاحتياجات الفعلية لكل اسرة ، ولخلاف المناطق والبيئات ، مع الاهتمام بانتاج الاثاث النمطى للأسر محدودة الدخل وعلى أن تكون نسبة انشاء مستويات الاسكان المختلفة كما يلى :

الاسكان الاقتصادى ٥٥٪ ومساحة الوحدة تتراوح بين ٢٤٥م^٢ ،

٢٥٠م^٢ – الاسكان المتوسط ونسبته ٣٧٪ ومساحات وحداته بين ٢٧٠م^٢ ، ٢٨٠م^٢ والاسكان فوق المتوسط ونسبته ٦٪ ومساحة وحداته حوالى ١٢٠م^٢ والاسكان الفاخر ونسبته ٢٪ .

– استخدام الوحدة القياسية فى تصميم الوحدات السكنية ، لامكان التوسع فى الانتاج النمطى لاحتياجات الاسكان ، كالأبواب والشبابيك والسلالم .

– ادخال مواد بديلة فى الانشاء كالتوسع فى منتجات الجبس لعمل القواطع الداخلية والتحول شيئا فشيئا ، قدر الامكان ، الى انتاج واستعمال الطوب الأسمنتى المفرغ ، ليحل محل الطوب بأنواعه ، وبذلك تتحقق حماية الاراضى الزراعية من التجريف الى جانب توفير فى الطاقة ، إذ أن الطوب الأسمنتى يحتاج الى ربع الطاقة التى يحتاجها الطوب الأحمر مثلا ، علما بأننا نحتاج الى انتاج نحو ٣٠٠٠ مليون طوبة سنويا للوفاء بالتزامات الخطة ، وتحتاج هذه الكمية الى نحو ٣٠٠ ألف طن اسمنت سنويا .

– انشاء مصانع مواد البناء على أساس دراسات جدوى اقتصادية متكاملة ، والعمل على سرعة انجاز مشروعات انتاج مواد البناء المتعاقد عليها التى تأخر تنفيذها لعدة سنوات الأمر الذى ألقى عبئا ثقيلا على ميزان المدفوعات بسبب اللجوء الى الاستيراد .

بالنسبة لسياسة الاسكان :

– تشجيع القطاع الخاص التعاونى على التوسع فى انشاء الوحدات السكنية ذات المستوى المتوسط بصفة خاصة ، والمستوى فوق المتوسط ، على أن يقتصر دور المحافظات على القيام بانشاء الوحدات ذات المستوى الاقتصادى ، ووضع الضوابط الكفيلة بصيانتها واصلاحها من أى تلف فور حدوثه ، مع تعهد حائزيها ، والزامهم بذلك قانونا .

– تشجيع سياسة التمليك لامكان الحصول على مزيد من التمويل لمواجهة ازمة الاسكان مع اعطاء افضليات مناسبة للمدخرين ، حتى تتحقق زيادة الاستثمارات .

والخاص معاً ، على أن تهتم شركات القطاع العام بالتركيز على بناء الوحدات السكنية من المستوى الاقتصادي والمتوسط ، ولايسمح لها ببناء الاسكان الفاخر الا اذا كانت طاقتها الكاملة غير مستغلة .

- تطوير قطاع التشييد باستخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة المتطورة في التنفيذ، واستعمال المعدات الميكانيكية ، بما يحقق سرعة الانجاز واستخدام الأساليب والنظم الحديثة لإدارة الأعمال ، وإدارة مواقع العمل ، التحكم فى جودة الانتاج .

- توفير المهندسين والفنيين بالقطاع العام ، ورفع رواتبهم للحفاظ عليهم .

- تدعيم شركات المقاولات النوعية ، وقيام شركات لامتلاك وتأجير المعدات ، ضماناً لتشغيل هذه المعدات الميكانيكية بكامل طاقتها، اذ تبين أنها لا تعمل الا بما يعادل ٢٠٪ فقط من هذه الطاقة.

- العمل على توزيع التعاقد بين الشركات ، بحيث لايسند أى عمل الى شركة يفوق طاقتها ، بينما لا يسند غير القليل الى شركة أخرى ، الأمر الذى يؤدى الى تأخير التنفيذ .

بالنسبة للتدريب :

- استكمال انشاء مراكز التدريب المطلوبة لقطاع الاسكان والمرافق ، مع توفير المعدات اللازمة وتجهيز الكوادر الفنية المطلوبة للقيام بالتدريب .

- تطوير هيكل التعليم الفنى بما يحقق التوسع فى التدريب ، والأخذ بمبدأ التلمذة الصناعية ، بالإضافة الى ما تقوم به القوات المسلحة من تدريب . ويجب أن يتم كل ذلك بأسلوب مكثف ، حتى يمكن مواجهة الطلب على العمالة داخل مصر وخارجها .

بالنسبة للبيئة :

- تنفيذ اقتراح المجلس القومى للخدمات بتكوين لجنة وزارية للبيئة يكون من سلطتها حق الاعتراض على المشروعات التى تضر بالبيئة ، كما هو متبع فى كثير من الدول ، مع تطبيق القيود التى تفرضها مثل هذه الدول على الصرف الصحى ومخلفات المصانع والمداخن وعوادم السيارات والدراجات البخارية ، عملاً على نقاء البيئة .

- تشجيع توسع البنوك فى تمويل مشروعات الاسكان الخاص والاسكان التعاونى ، باقراض أصحابها بفوائد ميسرة بنسبة (٢٪) ، مع تحمل الدولة بفرق فوائد الاقراض (١٣٪ - ٣٪ = ١٠٪) . على أن يكون تسديد الأقساط للبنوك تصاعدياً على فترات مع زيادة دخل الملاك .

- تطبيق قانون العلاقة بين المالك والمستأجر ، فيما يختص بوجوب تخصيص ثلث مساحة المبنى للإيجار والثلث الباقى للملك أو التأجير المفروش طبقاً للوائح المنظمة لذلك .

- سن التشريعات التى تنظم التأمين على المسكن والسكان .
بالنسبة للمرافق :

- توفير المرافق (مياه - مجارى - كهرباء - طرق - اتصالات سلكية ولاسلكية) للاسكان القائم والاسكان الجديد ، مع وضع النظام الذى يكفل لها التطور والقدرة على أداء الخدمة بالكفاءة الواجبة .
- اصلاح شبكات مياه الشرب ، توفيراً للفاقد الذى يبلغ فى كثير من الأحيان أكثر من ٥٠٪ من المياه المنقاة.

- الحصول على مصادر مياه الشرب المرشحة ترشيحاً طبيعياً ، وذلك باستخدام ابار للمياه الجوفية تنفذ أسفل مجرى النيل ، بما يوفر كثيراً من الاستثمارات اللازمة لإنشاء محطات تنقية جديدة .

- التنسيق بين مشروعات الشرب ومشروعات الصرف الصحى ، وتوفير الفنيين اللازمين لتشغيل وصيانة هذه المرافق .

- تطوير الصناعات المحلية لرفع كفاءة تصنيع المهمات والأدوات والتركيبات الصحية وغيرها .

بالنسبة لقطاع التشييد :

- تصويب الهياكل المالية لشركات القطاع العام وسداد مستحقاتها لدى الحكومة ، حتى تتمكن من زيادة طاقتها التنفيذية .

- التوسع فى تشجيع القطاع الخاص لإنشاء شركات مقاولات ، مع دعوة البنوك لتيسير تمويلها أسوة بشركات القطاع العام ، حتى يمكن الوفاء باتمام خطط التشييد المطلوبة بواسطة شركات القطاع العام

سياسة

صناعة التشييد والمقاولات

ترتبط صناعة التشييد والمقاولات ارتباطاً وثيقاً بمشكلة الاسكان ، التى حظيت جوانبها المختلفة باهتمام المجالس القومية ، على امتداد دوراتها السابقة . اذ بحث المجلس القومى للانتاج موضوع صناعات : طوب البناء ، والاسمنت ، والحديد والصلب . ومعوقات قطاع التشييد ووسائل تطويره . وتناول المجلس القومى للتعليم : دور البحث العلمى والتكنولوجيا فى التشييد والبناء . والعمالة الحرفية فى هذا القطاع ومستقبلها .

كما سبق للمجلس القومى للخدمات دراسة موضوع : مشكلة الاسكان ، ضمن دراسات المجالس للنقاط السبع التى طرحت للبحث على المستوى القومى فى فبراير ١٩٨٢ . كما انجز فى دورته السابقة دراسة مركزة تضمنت مقترحات أساسية لمواجهة هذه المشكلة على المدى البعيد ، وذلك على ضوء الزيادة المستمرة فى عدد السكان ، وأسلوب توزيعها بين المدن الجديدة ، والمدن القديمة بعد اعادة تخطيطها تخطيطاً سليماً ، مع مراعاة الحفاظ على الرقعة الزراعية .

وتخلص أهم المقترحات التى عرضتها تلك الدراسة فيما يأتى :

• ضرورة الالتزام بقواعد التخطيط العمرانى .

- ترشيد وتنشيط سياسة الاسكان .
- تطوير أنماط ومكونات وتصميمات المساكن .
- دعم وتطوير قطاع التشييد .

ومن ثم برزت أهمية استكمال الدراسة بموضوع صناعة التشييد والمقاولات ، لما لها من دور أساسى ومتشعب فى التنمية ، ولما تؤديه من جهود لمواجهة احتياجات النمو الاقتصادى والاجتماعى المتزايدة ، اذ يستثمر فيها ما بين ٤٠ ، ٥٠٪ من اجمالى استثمارات الدولة ، سواء كان ذلك فى الخطط السنوية أو فى الخطط الخمسية . ويقوم بهذا العبء كل من : شركات القطاع العام البالغ عددها ٤٧ شركة ، وشركات وأفراد القطاع الخاص المسجل عددهم ما بين ٢٠ الى ٢٥ ألف وحدة ، بالإضافة الى عدد محدود من شركات الاستثمار .

ورغم تلك الجهود المبذولة لتحمل أعباء التنمية المتزايدة ، التى بلغت قيمتها حوالى ١٥٠٠ مليون جنيه فى سنة ١٩٨١ ، لتعويض ما فات البلاد خلال الحقبة الاخيرة نتيجة الحروب والظروف الاقتصادية ، فان التقييم الموضوعى لهذه الصناعة يؤكد انها بإمكاناتها الراهنة لاتؤدى دورها كاملاً فى تغطية احتياجات المجتمع ، من حيث الجودة والتوقيت والتكلفة . وتجدر الإشارة الى أن نصيب القطاع العام من حجم أعمال التشييد سنة ١٩٨١ وصل الى حوالى ١١٠٠ مليون جنيه ، وأن نصيب القطاع الخاص المباشر بلغ حوالى ٢٠٠ مليون جنيه ، بالإضافة الى نحو من ٤٠ الى ٥٠٪ من حجم أعمال القطاع العام يتولى تنفيذه القطاع الخاص من الباطن ، ويتولى القطاع الاستثمارى تنفيذ حوالى ٢٠٠ مليون جنيه .

ويعود السبب فى عدم وصول كفاءة هذه الصناعة الى المستوى المرجو الى قصور الموارد ، الذى يرجع الى عدم سلامة هيكل الصناعة ككل ، اذ يقع معظمه تحت السيطرة الكاملة للدولة ، والمسؤوليات فيه غير واضحة ، والتنسيق اللازم بين اجزائه مفقود ، والصناعة نفسها ضعيفة التنظيم ، تفتقر الى وجود الهيئات الفعالة ، والجهات المهنية المسؤولة عن

مواجهة المشكلات :

وعلى ضوء الأسباب المشار إليها ، يمكن مواجهة المشكلات الآتية ووضع الحلول المناسبة لها .

أولا : زيادة السيطرة الحكومية : اذ تترك أثارا سلبية على صناعة التشييد من حيث الادارة والطاقة الانتاجية ، لهذا يقترح خفضها ، مع إعداد تنظيم شامل للصناعة يضم المسؤولين من كافة التخصصات ، بما يضمن إعداد السياسة المتكاملة المنسقة بين قطاعاتها المتعددة . ويتيح هذا الاجراء لشركات القطاع العام الحرية فى اعادة تنظيم نفسها ، وفى أسلوب التشغيل المناسب لها . مع اعادة النظر فى القانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨ بشأن نظام العاملين بالقطاع العام بما يحقق لهم معاملة مماثلة للعاملين بالقطاع الخاص ووقف العمل تدريجيا بنظام توزيع القوى العاملة على الشركات . وسوف يساعد ذلك على المساهمة الفعالة للقطاع الخاص وتحقيق المساواة بين القطاعين .

وأن يهدف هذا التنظيم الى تحرير شركات القطاع العام من الاشراف الوزارى المباشر ، مع التزام تلك الشركات بتحسين أسلوب التشغيل لتتمكن من الحصول على عائد كاف لرأس المال المستثمر المصدر . مع وقف العمل بنظام أوامر التكليف ، الا فى حدود بعض المشروعات ذات الأثر الهام لسياسة الدولة .

ثانيا : ضعف موارد التشييد ، وهى :

أ- القوى العاملة : يبلغ عدد العاملين فى مجال المقاولات حوالى ٤٠ هـ ألف عامل بنسبة ٤.٤ من جملة القوى العاملة المصرية . ومهما قيل عن ترشيد هجرة العمالة الفنية للدول العربية ، أو تشجيع استثمارها ، فلا بد من توفير أجهزة التدريب المحلية على النحو الذى يؤهل العمالة للالتزام للقيام ببنائها الفعالة ، سواء فى الداخل أو الخارج ، على كافة المستويات العاملة فى هذه الصناعة ، وبالتالي فواجب الدولة توفير الامكانيات المادية لوضع هذا الهدف العام موضع التنفيذ دون ابطاء .

مراحل التصميم والاشراف ، وذلك الى جانب العيوب الموجودة فى مواد البناء كما وكيفا ، وتختلف الكثير من المقاولات عن مسايرة التطورات الحديثة فى أساليب الانشاء ومعدات البناء .

ويضاف الى الأسباب السابقة . عدم كفاءة التخطيط والإدارة لأعمال التشييد سواء على المستوى القومى أو على مستوى الوحدات الاقتصادية أو على مستوى مواقع الاعمال ، والنقص الواضح فى العمالة الماهرة ونصف الماهرة ، وكذلك فى الفنيين والمديرين على كافة المستويات ، فضلا عن اختفاء : الحماس والانتماء المهنى وتقدير المسؤولية والاهتمام بعنصر الوقت والجودة ، وحجم الفاقد فى المواد و القدرة على تشغيل المعدات بالكفاءة والرعاية الواجبة . وقد أدى كل ذلك الى ضعف الطاقة الانتاجية ، وعدم الالتزام بقواعد العمل الأساسية ، وعدم الوفاء بالتعاقدات فى مواعيدها المقررة .

واذ كانت الاسباب السابقة تضع معظم المسؤولية على كاهل المسؤولين عن صناعة التشييد والمقاولات ، فإن هذا لا يعفى أصحاب الاعمال ، وعلى الأخص القطاع الحكومى ، من مسؤوليته أيضا فى زيادة أسباب المعوقات ، وما يترتب على ذلك من آثار واضحة فى نتائج الاعمال ، فاضطراب التمويل وعجزه ، وعدم توافر مواد البناء المحلية والمستوردة ، وقلة الاستثمارات المخصصة للوحدات الاقتصادية ، وعدم استقرار القوانين واللوائح المنظمة للصناعة ، وكذلك عدم تطوير القوانين المنظمة للتعاقدات ، مثل قانون المناقصات العامة الصادر سنة ١٩٥٥ - أى قبل وجود القطاع العام - وما احتوته نصوصه من شروط الازعان ، بالإضافة الى عدم تطور الفكر الفنى ، وجمود الشروط العامة والمواصفات على ما كانت عليه منذ سنوات ، كل ذلك ساعد على الوصول الى الموقف الراهن الذى يستدعى سرعة وضع سياسة اصلاحية شاملة بتوصيات محددة لمعالجة القصور الموجود وإزالة العقبات والمعوقات أمام هذه الصناعة ذات الأثر الكبير فى تطوير المجتمع .

ب - مواد البناء : وهي تمثل حوالى ٥٠٪ من قيمة الأعمال الانشائية ، ومن ثم ينبغي توفيرها كما وكيفا بالقدر الذى يتناسب مع خطط التشييد ، وفى التوقيت المناسب ، بما يحقق انسياب الأعمال طبقا للبرامج التنفيذية . ورغم أن سياسة الإنفتاح قد اتاحت للقطاع الخاص فرصة انتاج واستيراد بعض المواد ، إلا أن حجم اعمال هذا القطاع فى هذا المجال لم يصبح بعد مؤثرا ، ولذلك يجب انتهاج سياسة قومية لتشجيع القطاع الخاص للمساهمة الفعالة فى توفير مواد البناء الاساسية ، مع التدرج فى رفع السيطرة الحكومية على شركات الانتاج الحكومية - والتي تمثل معظم شركات مواد البناء - بما يسمح بوجود الشركات المشتركة ، ووضع السياسة السعرية الحرة ورفع السيطرة على التوزيع .

وفى هذا المجال ايضا ، يجب الاهتمام بصفة خاصة بانتاج بدائل الطوب الاحمر ، مع وقف انتاجه ، حفاظا على التربة الزراعية من التجريف ، واقامة مصانع الطوب الطفلى والطوب الرملى ، ومنتجات الجبس المختلفة ، كذلك التوسع فى استخدام الاحجار الجيرية المتوفرة فى انحاء البلاد ، بالاضافة الى استخدام الطوب الاسمنتي بشرط زيادة انتاج الاسمنت عن حاجة الانشاء مستقبلا ، وجدير بالذكر انه طبقا لتوقعات سنة ١٩٨٤ فسوف تحتاج البلاد الى حوالى ٤٠٠ مليون طوبة سنويا .

وبالنسبة لمادتي الحديد والاسمنت ، فإن الخطة الاستثمارية المقررة لهما تبلغ حوالى بليون ونصف بليون جنيه ، ولكن البرنامج التنفيذى لهذه الخطة متخلف تماما ، ولذلك يجب سرعة العمل على اعادة البرمجة بأسلوب أكثر واقعية ، حتى يتم تنفيذه دون تأخير .

ج - المعدات : ويوجد منها لدى جهات التشييد والمقاولات التابعة للقطاع العام حوالى ٢٠ الف معدة من مختلف الأنواع والأحجام ، ويقدر ثمنها بنحو الف مليون جنيه ، ويوجد منها لدى الشركات ما يوازي ٣٠٪ من جملة المعدات ، مع ان بعض الشركات لا يوجد لديها الا ١٪ فقط ،

مما يشير الى اختلال كبير فى نسب توزيع المعدات بين الشركات . ويلاحظ أن معدل استخدام المعدات يختلف من قطاع الى آخر ، وهو فى مجموعه أقل من المعدل العالمى ، وأن معظم هذه المعدات قد استنفدت العمر الافتراضى ، وأصبح من الضروري احلاله بمعدات جديدة ، حتى لاتتناقص انتاجية القطاعات المختلفة للتشييد .

وقدرة الاحتياجات اللازمة من المعدات بصفة مبدئية بحوالى ٨٠٠ مليون جنيه خلال السنوات الخمس القادمة ، ويمكن توفيرها عن طريق اقتراض نصف القيمة من البنك الدولى للانشاء والتعمير ، والنصف الباقي يوزع مناصفة بين الحكومة وشركات المقاولات . وسوف يتضمن مشروع هذا الاحلال انشاء شركة لتأجير المعدات ، يشارك فيها القطاعان العام والخاص .

وعلى ضوء الدروس المستفادة من سياسة الانفتاح لاستيراد معدات البناء - والتي تبين انها مبنية على أساس قاعدة الكسب السريع دون النظر الى توفير الخدمة المستمرة من حيث توفير قطع الغيار والصيانة للمعدات - ينبغي أن يشترط عند منح التوكيلات الاستيرادية ، اقامة ورش صيانة كاملة ، مع توفير قطع الغيار اللازمة بكميات وبأسعار مناسبة ، وتوفير امكانيات التدريب على استعمال تلك المعدات .

د - اساليب التشييد : يحتاج المستخدم منها حاليا - فيما عدا القليل منها - الى عدة وسائل لتحسينها وتدريب العاملين عليها ، وذلك قبل البحث عن وسائل اخرى بديلة . ومع أن بعض الشركات قد بدأت فى استخدام انواع متطورة من هذه الاساليب فانه يوجد نقص بين فى العمالة المدربة على استخدامها . ولقد ظهر ذلك واضحا فى الأحد عشر مصنعا التى استوردتها الدولة خلال السبعينات ، لانتاج الوحدات الجاهزة من الاسكان والمباني العامة ، والتي لم يبدأ انتاج بعضها الا مؤخرا . ولزال البعض متخلفا فى هذا المجال حتى الآن . ومن أسس تحسين صناعة التشييد بصفة عامة ، ضرورة البدء فى اعداد برامج قومية للتنظيم والتوحيد القياسى ، مما يساعد على تنسيق الجهود بين

تعدد جهات التبعية ، عدم وجود تصنيف لهذه الشركات ولتحديد لقدراتها وتخصصاتها ، وبعد رفع القيود الخاصة بحجم الأعمال التي كانت مفروضة على القطاع الخاص ، أصبح الباب مفتوحا على مصراعية لكل من أراد العمل في صناعة التشييد والمقاولات ، حتى الشركات الأجنبية ، إلا في حدود نظم خاصة ، ولاتوجد ضوابط تمنع صاحب الأعمال من التعاقد معها ، سوى بعض النصوص الخاصة بالتسجيل التجارى أو الضرائب .

ومن الأمثلة الواضحة على قصور التنظيم ، شدة التنافس بين الشركات للحصول على التعاقدات ، دون اعتبار للتخصص والخبرة اللازمة ، كما أن بعض الشركات أصبحت تعمل في مناطق متفرقة ، مما يزيد من أعبائها المالية ويشتت أجهزتها الفنية . مع نقص العمالة الفنية ونقص كفاءتها على جميع المستويات .

ولذلك أوصت الدراسة التي أجريت مؤخرا بوزارة الاسكان - واشترك في تمويلها البنك الدولي للإنشاء والتعمير - بضرورة إنشاء هيئة مركزية تمثل فيها جميع الاطراف المعنية بالصناعة ، تحت اسم " مجلس تنمية صناعة التشييد " ، لتكون مسؤولة عن تنظيم هذه الصناعة والتنسيق بين كافة الأجهزة العاملة في مجالها ، وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة .

رابعاً : القصور في خطط التشييد : من أهم اسس التخطيط في مجالات التشييد والمقاولات ، ضرورة إيجاد توازن أفضل بين وسائل تحديد الاحتياجات القومية المتعلقة بها وبين الامكانيات والموارد المتاحة ، لتحديد الطاقة التنفيذية . ويجب أن يتم ذلك في حدود النمو الاقتصادي القومى ، وأن تتناسب الطاقة الانتاجية المقترحة دائما مع الظروف والمتغيرات ، كما يلزم مراعاة أن تشمل تلك الطاقة قيمة الصيانة الضرورية للإنشاءات الموجودة ، وكذلك قيمة انتاج القطاع غير المسجل ، وهو القطاع الذى يؤدي الأعمال البسيطة والتي يقع معظمها في أعمال الترميمات ، وكذلك أعمال القطاع الريفى ، والذى قدر بحوالى ١٥٠

الجهات المشتركة في صناعة التشييد . وفى هذا المجال أيضا يجب توفير التسهيلات اللازمة لاجراء الاختبارات وتوفير الوحدات المتنقلة منها ، بالإضافة الى الوحدات الحديثة والقوى البشرية والألقم الفنية المدربة .

هـ - التمويل : تعاني صناعة التشييد والمقاولات من قصور الموارد المالية عن مواجهة احتياجاتها ، الأمر الذى يستدعى ضرورة وجود التمويل الكافى للمشروعات التى تدرج بخطط التنمية ، سواء السنوية أو الخمسية ، حتى تتم المشروعات فى التوقيت المحدد لها ، لتلافى الخسائر المادية والأدبية .

وتوضح التجربة الحالية أن شركات القطاع العام تدأين الأجهزة الحكومية بمبالغ تزيد عن جملة رؤس أموالها ، وهذا الوضع مستمر منذ عام ١٩٦٧ ، دون حل رغم زيادة التراكمات سنة بعد أخرى ، حتى وصل رصيد المديونية الآن الى أكثر من ثلاثمائة مليون جنيه . ونتيجة لهذا الموقف المالى ، تقوم شركات مقاولات القطاع العام بالاستدانة من المصارف بالسحب على المكشوف ، متحملة فوائد مصرفية سنوية تبلغ حوالى ١٥٪ ، مما يزيد من أعبائها ، وأعباء العميل فى النهاية ، وهو فى الغالب الأجهزة الحكومية . وهكذا تنهم الشركات بزيادة اسعرها ، بينما تنتفع بهذه الزيادة المصارف التجارية المقرضة ، والتي تظهر بميزانياتها ارباح طائلة يمثل جزء اساسى منها ماتحملة شركات المقاولات من أعباء التسهيلات المصرفية المشار اليها .

ثالثاً : قصور التنظيم والافتقار الى التنسيق : ويتبين ذلك من تبعية الشركات العاملة في مجال صناعة التشييد والمقاولات ، اذ أن شركات القطاع العام تتبع وزارات : الاسكان والتعمير واستصلاح الاراضى ، والصناعة والكهرباء ، والنقل ، والرعى ، وهيئة قناة السويس . وشركات القطاع الخاص تسجل في وزارة الاسكان ، ولها شعبة فى اتحاد الصناعات ، كما أن لها شعبة أخرى بالفرقة التجارية . أما شركات الاستثمار فتخضع للقانون رقم ٤٣ لسنة ١٩٧٤ . ويضاف الى

مليون جنيه خلال عام ١٩٧٩ .

ولكى تتم دراسات التخطيط بدقة فيجب تدعيم وحدة التشييد بوزارة التخطيط ، على ان تتولى تلك الوحدة التوسع فى الحصول على البيانات الحقيقية من مصادرها ، كى تقوم بإجراء دراسات ميكرو للربط والتسيق بين خطة التشييد ، وخطة الاقتصاد القومى ككل ، وتحديد حجم الموارد المرتبطة بذلك من عمالة ومواد ومعدات وتمويل ، بون حدوث اختناقات فى أى منها مستقبلا .

خامسا : قصور التوسع فى طاقة التشييد : ظلت صناعة التشييد والمقاولات بجميع عناصرها الرئيسية تابعة للقطاع الخاص ، منذ ثورة يوليو ١٩٥٢ ، حتى صدرت القوانين الاشتراكية فى يوليو ١٩٦١ ، فأممت بعض شركات المقاولات كليا ، والبعض جزئيا ، ثم أتيحت الفرصة لباقى الشركات للدخول فى مشاركة مع الحكومة بنسبة ٥٠ ٪ ، الا أن أسلوب المشاركة لم يستمر طويلا فقد صدر القانون رقم ٥٢ لسنة ١٩٦٤ بتأميم شركات المشاركة تأميما كليا وبأثر رجعى الى ٢٠ / ٧ / ١٩٦١ .

وخلال الفترة من ١٩٦١ حتى ١٩٦٧ واجهت الشركات المؤممة والمندمجة صعوبات مالية وفنية نتيجة ضعف الأصول وزيادة الخصوم ، كما واجهت تلك الشركات ضرورة العمل على زيادة طاقتها الانتاجية بمعدات غير عادية ، للحاق بحجم الاستثمارات المتزايدة عاما بعد آخر دون أن يتوفر لها أسباب النمو من رؤوس أموال كافية أو كفاءات فنية أو عمالة مدربة ، ثم صدر القرار الجمهورى رقم ١٤٧ لسنة ١٩٦٢ بتحويل وزير الاسكان اصدار أوامر التكليف لشركات المقاولات لتنفيذ الأعمال المقررة بالخطة .

ونتيجة لعدم مناسبة الهياكل التمويلية لحجم الأعمال خلال السنوات التالية ، قامت الشركات بمداركة احتياجاتها من الأصول الثابتة من مقدمات الأعمال ، كما لجأت للسحب على المكشوف من المصارف لتمويل الأعمال الجارية ، الأمر الذى أدى بكثير من الشركات الى تحقيق

٢٨

خسائر . مما حدا بالدولة الى مداركة الاعتمادات المالية التى خصصت لدعم هذه الشركات ، ووزعت المؤسسات العامة هذه الاعتمادات على الشركات وبدلا من استخدامها فى تمويل وحدات جديدة متطورة وتدعيم الشركات القائمة ، استخدمت تلك الاعتمادات فى استهلاك الخسائر وتمويل جزء من السيولة المالية للتشغيل ، ومعنى ذلك انه لم تضاف طاقة جديدة لهذا القطاع . واستمر الحال على هذا النحو حتى عام ١٩٦٧ ، حيث انكمشت استثمارات الخطة اثر العدوان الاسرائيلى ، وانخفض رقم الأعمال فى معظم الشركات الى الحد الذى لا يغطى الأعباء الثابتة ، كما ان مساهمة بعض الشركات فى المجهود الحربى ، مع انها ساعدت فى تحقيق اقتصاديات بعض الشركات ، الا أنها أدت الى اهلاك معداتها اهلاكا غير عادى ، نظرا لمواقع هذه الأعمال ، وظروف العمل بها ، وجدير بالذكر أن قليلا من هذه الشركات عبر هذه الفترة العريضة بالربح الضئيل ، أو بدون ربح اطلاقا ، بل أن معظمها عبرها وهو محمل بالخسائر ، مما أدى الى تصفية بعضها . ولقد كانت الفترة التالية لحرب أكتوبر ١٩٧٣ من المناسبات التى اعادت الروح لبعض الشركات ، بسبب مشروعات التعمير ومانتج عنها من رواج ، كما أن الشركات التى امتد نشاطها الى خارج الجمهورية قد حققت الكثير من النجاح فى مجالات التنفيذ والخبرة والعائد المالى .

وبعد سياسة الانفتاح التى تلت حرب أكتوبر طرأت على قطاع المقاولات ظروف جديدة استدعت اعادة النظر فى الأوضاع المالية والفنية لشركات القطاع العام بالذات ، والعمل على تدعيمها لمواجهة المنافسة الشديدة من شركات القطاع الخاص الاستثمارى ذات رأس المال الأجنبى والمحلى ، والمجهزة بالمعدات المتطورة ، والمتمتعة بمزايا قانون الاستثمار وغير المحملة بالأعباء الادارية غير العادية ، وغير المقيدة بقوانين ولوائح الحكومة .

والخلاصة أن معدل التوسع فى الطاقة التنفيذية لشركات القطاع العام لم يساير بالقدر المناسب الزيادة المطردة فى حجم أعمال خطط

التنمية ، نتيجة لتلك الأوضاع .

أما بالنسبة للقطاع الخاص ، فقد حدد حجم أعماله فى بداية الستينات بثلاثين ألف جنيه سنويا ، ثم تدرج الى خمسين ألفا ، ثم الى مائة ألف ثم الى نصف مليون ثم الى مليون جنيه سنة ١٩٧٤ ، ثم أزيلت هذه القيود مع بدء سياسة الانفتاح .

ولقد تأثر بذلك صغار المقاولين ، ولم ينالوا أى تشجيع من أى جهة فى الدولة . ومشاكل هؤلاء المقاولين لها طبيعتها الخاصة - مع أن امكاناتهم فى زيادة طاقة صناعة التشييد لا يستهان بها - فهم يعانون من صعوبة الحصول على المعدات ، ومن صعوبة تمويل الأعمال وإدارتها . ويقترح انشاء مراكز استشارية يتم إعدادها لمواجهة احتياجاتهم من النواحي المالية والفنية ، وتأجير المعدات اللازمة لهم .

التوصيات

وعلى ضوء العرض السابق ، ومادار من مناقشات عند بحث هذا الموضوع فى اجتماع المجلس بتاريخ ٢٢/١٢/١٩٨٢ ، وما أبدى من آراء فى الاجتماع المشترك لمجلسى الخدمات والانتاج بتاريخ ١٢/١/١٩٨٣ ، تبرز النقاط الآتية :

• ان صناعة التشييد والمقاولات تواجه عقبات تمس كافة المستويات المشتركة فى مجال هذه الصناعة ، وتظهر فى مراحل نشاطها ، وتعوقها عن تحقيق الاهداف المرسومة لها .

• أن السياسة المطلوبة لاصلاح أوضاع هذه الصناعة ، يجب أن تكون شاملة مترابطة ، تتناول عناصر التنظيم والتخطيط والاستثمار ، بحيث تدعم قدرتها لمواجهة احتياجات التشييد التى تمثل قدرا كبيرا فى حجم الاستثمار القومى .

• ضرورة الانتهاء من وضع تخطيط شامل - يلتزم به - لسياسة الاسكان ، يتضمن : قواعد التخطيط العمرانى ، وخطة الاسكان التفصيلية ، والمجتمعات الجديدة .

وان يراعى فى هذا التخطيط مايتأتى :

- التحديد الواضح لدور المسؤولين عن صناعة التشييد والمقاولات ومهامهم التنفيذية .

- الاشتغال على وجهة نظر المستفيدين من هذه الصناعة والمتأثرين بها

- تشديد العقوبات على المخالفين .

وحتى يتاح لصناعة التشييد والمقاولات ان تؤدي دورها الاساسى فى التنمية ، يقترح الأخذ بالتوصيات الآتية :

* توفير الحرية المللثة لهذه الصناعة :

وذلك بتحقيق الحرية الكافية لشركات مقاولات القطاع العام فى وضع الهياكل التنظيمية التى تلائم كلا منها ، وفى اختيار أسلوب التشغيل المناسب لها ، بلا تدخل من الأجهزة الحكومية ، وتحقيق مبدأ الفصل بين الملكية الحكومية والادارة الفعالة للشركات ، وتهيئة السبل الكفيلة بمساهمة فعالة للقطاع الخاص والقطاع الاستثمارى فى خطط التشييد ، والنظر فى أن يكون لها دور فى انتاج وتوزيع مواد البناء . مع تحقيق المساواة بينها وبين شركات القطاع العام .

* زيادة وتحسين موارد التشييد :

وهى : القوى العاملة ، والمواد ، والمعدات ، وأساليب التشييد ، والتمويل .

وذلك على النحو الآتى :

• القوى العاملة :

- وضع خطط التدريب وتنمية العمالة الفنية والادارية والمالية موضع التنفيذ .

- تدعيم جهاز التدريب بوزارة التعمير فنيا وماليا ومنحه اختصاصات أوسع وامكانات أوفر لرفع طاقة التدريب الحالية .

- استكمال مراكز التدريب المقرر انشاؤها بوزارة التعمير وتوفير الاعتمادات المالية اللازمة للانشاء والتجهيز والادارة .

- انشاء مركزين احدهما بالقاهرة والثانى بالاسكندرية للتدريب على

المهارات الفنية المتطورة . على أن ينظر مستقبلا فى انشاء مركزين آخرين ، احدهما فى طنطا ، والاخر فى اسيوط أو المنيا .

- انشاء ستة مراكز لتدريب عمالة تشغيل المعدات توزع على : القاهرة / الاسكندرية / طنطا / اسيوط / الاسماعيلية .

- إعداد برامج متطورة للمدربين .

- التوسع فى برامج القادة الاداريين فى أعمال التشييد .

- الاهتمام فى برامج التعليم بالكليات الجامعية ذات الصلة بهذا التخصص ، بدراسة صناعة التشييد فنيا واداريا .

المواد :

- تخفيف العبء على شركات المقاولات بالنسبة للدفع المقدم عند التعاقد على شراء مواد البناء والنظر فى امكان الدفع عند التوريد ، وتقصير مدد التوريد الحالية .

- اعادة برمجة الخطة الموضوعية لصناعتي الاسمنت والحديد بأسلوب اكثر واقعية ، بعد أن تبين تخلف التنفيذ الحالى عن البرنامج الموضوع لذلك .

- الاسراع فى تنفيذ المشروعات الخاصة بتوفير بدائل الطوب الاحمر من الطوب الطفلى ، والرملى ، والاسمنتى ، والحجر الجبرى .

المعدات :

- توفير المعدات اللازمة للاحلال والتطوير والتي تقدر خلال السنوات الخمس القادمة بنحو ٨٠٠ مليون جنيه شاملة قيمة قطع الغيار اللازمة لها ، وأن يتم شراء هذه المعدات بعد الفحص الكامل لشركات القطاع العام ، وكذا لبعض نوعيات القطاع الخاص ، لتزويد تلك الشركات بالقدر اللازم من المعدات للاحلال وبالقدر المتطور الذى يمكنها من مواجهة أنشطة التشييد ذات الأولويات طبقا للخطة ، وعلى سبيل المثال : اعطاء أولوية للشركات التي تعمل فى مجال المرافق ، ثم الاسكان ، ثم الاستصلاح ، ثم الصناعة .

٣٠

- تشجيع تأسيس شركات وطنية لتأجير المعدات ، وذلك للتخفيف عن كاهل شركات التشييد عامة ، بما يحقق التشغيل الاقتصادى المناسب لنوعيات خاصة من المعدات ذات التكلفة العالية .

أساليب التشييد :

- ادخال أساليب التشييد المتطورة فى هذا المجال الهام بما يحقق الجودة والسرعة فى طرق ووسائل الانشاء ، لإمكان تعويض القصور العددي والنوعى فى العمالة .

مع تقييم الأساليب الجارى استخدامها حاليا عن طريق الأجهزة والجهات المعنية ببحث البناء ، وذلك لترشيد الاستعمال بما يحقق الاستخدام الأمثل من النواحي الفنية والاقتصادية .

- وضع خطة تنفيذية تهدف الى تخصيص مصنع أو أكثر من مصانع المباني الجاهزة لتنفيذ سياسة الاسكان والمباني العامة ، فى كل من المدن والمجتمعات الجديدة ، خصوصا وأن التوزيع الجغرافى الحالى لهذه المصانع يتوافق ومواقع تلك المدن ، وبذلك يمكن تحقيق هدفين اساسيين : الأول اقامة مشروعات الاسكان بالمدن والمجتمعات الجديدة والثانى تشغيل تلك المصانع بالاسلوب الاقتصادى السليم .

- إعداد برامج قومية للتنشيط والتوحيد القياسى ، فى المجالات المتعددة للتشييد .

- توفير وحدات متنقلة لاختبارات المواد والتربة لضمان سلامة المباني ، مع تزويدها بالمعدات الحديثة والأطقم الفنية المدربة .

التمويل :

- اعادة النظر فى أسس توزيع الحصص التمويلية للمشروعات ، وإعداد برامج واقعية لذلك مع التنسيق بين النظم المالية المختلفة .

- سداد ديون الدولة لشركات المقاولات فى مدة لا تتجاوز العامين ، على أن تتحمل الدولة فوائد التأخير المصرفية عما يتبقى من ديون بعد الفترة . وكذلك عن أى تأخير فى صرف مستحقات الشركات بدءا من

السنة المالية القادمة .

– انشاء عدة مراكز رائدة لخدمة صغار المقاولين ، يحتوى كل منها على فرع مصر فى لتزويدهم بالتمويل وتقديم المشورة المالية .

التظيم والتنسيق بين قطاعات التشييد :

– إعداد تنظيم شامل لصناعة المقاولات والتشييد ، والتي تتوزع انشطتها حاليا بين عدد كبير من شركات ووحدات القطاع العام والخاص ، وال نقابات والمكاتب الاستشارية والبحثية ، وأصحاب الأعمال سواء أجهزة حكومية أو جهات أهلية ، وكذلك أجهزة الحكم المحلى التى تراقب تنفيذ قوانين التخطيط العمرانى وانشاء المباني . وينبغى ان يكفل هذا التنظيم تخلص هذه الصناعة من أوجه القصور التى تعانيها ، ويحقق التنسيق بين قطاعاتها المختلفة .

– انشاء هيئة أو جهاز تمثل فيه جميع الأطراف المعنية بالتشييد يطلق عليه « مجلس تنمية صناعة التشييد » أو « المجلس الأعلى للتشييد » يكون مسئولا عن تحديد وتحديث وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة ويرتبط بالحكومة على أعلى المستويات . ويقترح أن يتبع المجلس جهازان تنفيذيان ، « الاول جهاز تدريب صناعة التشييد » لخدمة القطاعين العام والخاص ، وتوفير العمالة الفنية المدربة لسد احتياجات الصناعة فى الداخل والخارج . أما الجهاز الثانى فهو « جهاز التنمية والمعلومات لصناعة التشييد » ويختص بالبحوث والتنمية والمعلومات والاختبارات .

– إعادة النظر فى القوانين واللوائح المعمول بها حاليا ، والتي تنظم اجراءات المناقصات والتعاقدات بما يكفل التوازن بين طرفى التعاقد ويحقق توازن الأسعار – قدر الامكان – خلال مدة التنفيذ والأخذ بمبدأ التحكم لتسوية الخلافات بما يحقق سرعة ازالة الخلافات التى قد تنجم أثناء التنفيذ نون تعطيل للأعمال .

* تطوير خطط التشييد :

– ايجاد توازن بين وسائل تحديد الاحتياجات القومية لصناعة التشييد ، وبين الامكانيات والموارد المتاحة ، أخذا فى الاعتبار النمو الاقتصادى القومى . وعلى أن تشمل الطاقة التنفيذية التى تقرر قيمة الصيانة الضرورية للمنشآت الموجودة ، وكذلك انتاج القطاع الخاص غير الوارد بالسجلات الرسمية ، والذي ينحصر نشاطه فى أعمال الترميمات والأعمال الصغيرة وفى المجال الريفى .

* التوسع فى طاقة التشييد :

– تدعيم شركات القطاع العام ، وعلاج الخلل فى هيكلها التمويلية وتوفير المعدات اللازمة لها ، بما يمكنها من مواجهة الأعباء الملقاة عليها طبقا لخطة التنمية .

– توفير الوسائل اللازمة لتدعيم شركات القطاع الخاص ، وعلى الأخص صغار المقاولين ، بالاشتراك مع المصارف التجارية ، وذلك بتخفيض فائدة الاقتراض فى مجالات المعدات والتمويل .

– انشاء عدة مراكز استشارية لخدمة صغار المقاولين يتم إعدادها لمقابلة احتياجاتهم وتقديم المعونة الفنية وإعداد التدريب التخصصى اللازم

توصيات عامة :

– اعطاء أولوية لاستكمال المشروعات المتوقفة والمشروعات الجارى تنفيذها .

– وضع سياسة مالية لضمان تمويل المشروعات الواردة بالخطة ، حتى لا يتعثر التنفيذ وتمتد مدته ، مما يزيد فى التكلفة ، فضلا عن تعطيل القوى العاملة ، وتعطيل الاستفادة من تلك المشروعات .

– التعجيل باصدار قانون الاتحاد المصرى لمقاولى البناء والتشييد .

النهوض بمرفقى

مياه الشرب والصرف الصحى

بدأ استخدام المياه النقية لأغراض الشرب والاستخدامات المنزلية فى مصر فى أواخر القرن الماضى ، وذلك حينما استخدمت لأول مرة فى القاهرة عن طريق مجموعة محدودة من الآبار أنشأتها الشركة الفرنسية فى موقعين بالمدينة بعد تأسيسها عام ١٨٦٥ .

واستمر اعتماد القاهرة على الآبار التى أنشأتها الشركة الفرنسية حتى أنشئت أول عملية مياه مرشحة بروض الفرج عام ١٩٠٦ . وفى الاسكندرية أنشئت أول عملية محبودة الطاقة بمنطقة باب شرقى فى عام ١٨٦٥ ، ثم تم توسيعها فى عام ١٨٧٩ عقب تأسيس شركة مياه الاسكندرية الانجليزية ، وبعد انشاء البلدية فى عام ١٨٩٠ استخدمت عمليات المياه المرشحة التى بدأت باستخدام مرشحات تجريبية عام ١٩٠٣ ، ثم تلتها محطات الضغط العالى بمنطقة ميناء البصل والقبارى فى عام ١٩١٢ .

كما قامت شركة قناة السويس بتزويد مدن القناة الرئيسية بعمليات مياه مرشحة للشرب فى تواريخ معاصرة ، علاوة على تزويد السفن المارة بالمياه المنقاة طبقا للمعايير الدولية . وانتقلت هذه الخدمة بعد ذلك الى عواصم المديرية وبعض المدن الرئيسية حيث انتشرت عمليات المياه ، وخاصة فى العشرينات . وكان بفضل هذه العمليات للمياه المرشحة ومعظمها من ناتج الآبار .

وبدأ التفكير فى أواخر الثلاثينات فى تعميم مياه الشرب النقية بقرى الريف ، حيث استخدمت أول محطة اقليمية كبرى بمنطقة العزب بالفيوم فى عام ١٩٤٠ ، بجانب محطات للمياه الجوفية بمختلف القرى ، ثم توقفت مشروعات تغذية الريف بمياه الشرب النقية بسبب اندلاع الحرب العالمية الثانية ، ثم استؤنفت بعد انتهائها . وقد أولت ثورة يوليو قطاع مياه الشرب بالريف عناية فائقة ، بهدف تعميم مياه الشرب النقية فى كافة أنحاء الريف : مدنه وقراه ، وشهدت الخمسينات طفرة ملحوظة ، فقد تم اعداد العقد المجمع لمياه الشرب بالاقاليم فى عام ١٩٥٤ ، وبدئ بتنفيذه فى العام التالى ١٩٥٥ . وما أن أشرفت الستينيات حتى كان عدد عمليات المياه الكبرى التى تغذى أكثر من محافظة قد بلغ ستة مرافق رئيسية ، وهى مرافق العزب ، وبساط كريم الدين ، وشربين ، وأبوحمص ، وفوه ، والعباسة بجانب انجاز ١٢٠٠ عملية مياه صفرى تستخدم الابار لتغذية القرى بالوجهين : البحرى والقبلى ، وصل عدد المنتفعين منها الى حوالى ١٢ مليون نسمة من اجمالى عدد سكان الريف الذى بلغ حينئذ حوالى ١٥.٤ مليون نسمة ، بجانب ٣.٢ مليون نسمة بالحضر فى ١٤١ مدينة . وقد صممت عمليات مياه الشرب فى الماضى على أساس معدلات استهلاك منخفضة للأفراد تراوحت بين ٢٠ ، ٣٠ لترا للفرد يوميا فى الريف ، وبين ٦٠ ، ١٠٠ لتر للفرد يوميا فى المدن ، بما فى ذلك القاهرة والاسكندرية ، كما كانت حنفيات المياه العمومية تستخدم ، ومازالت ، فى الريف حيث يتعدى توصيل المياه الى داخل مساكنه المبنية بالطوب اللبن ، فضلا عن استخدام هذه الحنفيات فى بعض الأحيان بالمدن .

ونظرا للارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والزيادة المطردة لعدد السكان ، فقد أصبح انتاج المياه قاصرا عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين ، وأصبح من الظواهر الملموسة أن نرى مناطق مغطاة بشبكات المواسير تعاني نقصا فى كميات المياه وانخفاضا فى الضغط .

وقد عقدت الدولة فى عام ١٩٦٦ اتفاقية مع جمهورية

الذى لم يتم بسبب عدم كفاية الا استثمارات التى كانت تتاح لهذا القطاع ، مما لم يسمح بالتطوير الجذرى والتنمية الشاملة ، لضالة هذه الاستثمارات ووصولها الى الحد الذى لم يمكن معه استكمال الأعمال الملحة التى كانت تحت التنفيذ ، بجانب عدم كفاية المبالغ لأعمال الصيانة الضرورية وخاصة فى خلال الستينيات . وقد سبق أن أعد مشروع كامل لمجارى القاهرة عام ١٩٥٦ قدرت تكاليفه بحوالى ١٧ مليون جنيه ، ولكن لم يتيسر تنفيذه لظروف حرب ١٩٥٦ وماتلاها من أحداث .

وقد ترتب على ذلك ظهور طفح المجارى بشكل ملموس فى بعض مناطق القاهرة فى خلال عام ١٩٦٤ ، مما دعا الحكومة الى رصد اعتمادات محدودة فى خلال عام ١٩٦٥ لعلاج هذه الحالة الطارئة علاجاً مؤقتاً وفى فترة زمنية قصيرة سميت بمشروع المائة يوم ، عادت بعده الاستثمارات مرة أخرى الى الانكماش . مما أدى الى عجز مرفقى مياه الشرب والصرف الصحى عن الوفاء بمتطلبات الجماهير

آثار التأخير فى مواجهة المشكلة

أولاً - بالنسبة لمياه الشرب :

- مع الارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والزيادة المطردة فى عدد السكان أصبح توفير مياه الشرب قاصراً عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين .

- تسبب فى ذلك أن محطات انتاج المياه تعمل بأكثر من طاقتها التصميمية لمواجهة الحاجات الملحة ، مما يعرضها للتلف ، علاوة على ماتعانيه هذه المحطات بسبب الطحالب التى تكاثرت فى مياه النيل ، وفى الترع التى تأخذ منه ومايستتبع ذلك من تعدد مرات غسيل المرشحات الذى يؤثر على الانتاج . وقد أدى ذلك الى :

- اقتتار شبكات المياه فى مناطق الامدادات العمرانية وفى القرى الى المياه ، ماعدا ساعات محدودة من النهار .
- عدم وصول المياه ، الا بالقدر القليل ، لمناطق فى نهاية الشبكات .
- ضعف الضغط الذى يؤدى الى عدم وصول المياه الى الادوار العلوية فى كثير من المناطق .
- حرمان بعض المناطق من توصيل المياه اليها .

تشيكوسلوفاكيا لتركيب المهمات الميكانيكية والكهربائية لعدد ٤٠ محطة بمختلف انحاء الجمهورية بهدف تدعيم الطاقة الانتاجية المتاحة وقتئذ ، وتعويض النقص الملموس فى الانتاج .

وكان من الطبيعى أن تلاحق مشروعات الصرف الصحى ماسبقها من مشروعات لمياه الشرب ، فقد بدأ تنفيذ مشروع مجارى الاسكندرية فى أواخر القرن الماضى وتلاه مشروع مجارى القاهرة الذى بدأ فى عام ١٩٠٦ وتم فى عام ١٩١٤ ، وأعقبهما تزويد بعض عواصم المديرىات ، على نطاق ضيق ، بمشروعات الصرف الصحى فى خلال العشرينيات والثلاثينيات ، ثم زودت ابتداء من الخمسينيات باقى عواصم المحافظات مع بعض المدن الرئيسية بهذه المشروعات ، حيث تم تنفيذ مشروعات المجارى فى ١٨ مدينة ، عدا القاهرة الكبرى والاسكندرية - وهى مدن : طنطا ويورسعيد ومنهور والزقازيق والفيوم والسويس والمنصورة والمحلة الكبرى وكفر الزيات وبنها وشبين الكوم ودمياط وبنى سويف وأسيوط ورأس البر وكفر الشيخ والاسماعيلية والمنيا . وبانتهاء تنفيذ خدمة الصرف الصحى فى خلال الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٣ - ٨٦ / ١٩٨٧ فى تسع مدن اضافية ، وهى أسوان وقنا وسوهاج والأقصر وشبراخيت ومنوف وكفر النوار وسمنود والمحمودية ، تكون خدمة الصرف الصحى قد امتدت الى ٢٩ مدينة بما فيها القاهرة والاسكندرية .

وقد اقتصر مشروعات طوال الفترة الماضية - سواء بالنسبة لمشروعات مياه الشرب أو الصرف الصحى - على التوسع فى مد الخدمة ، إما بمد شبكات المواسير الرئيسية والفرعية ، وإما بإنشاء محطات جديدة على نطاق ضيق ، للاحقة التوسع العمرانى وزيادة السكانية المطردة جزئياً .

وكان من الضرورى أن تتم عملية مسح شامل لورى للتعرف على كفاءة مختلف هذه العمليات وشبكاتهما ، والتغيرات التى طرأت بالنسبة لتعداد المنتفعين ، وأنماط الاستهلاك ، ونطاق الاستفادة - بعد استحداث مناطق التوسع العمرانى - لتقرير مايلزم تنفيذه من عمليات للاحلال والتجديد بهدف الحفاظ على الطاقة الانتاجية وإنشاء الخزانات اللازمة لعمل الموازنات ، والحفاظ على الضغوط أو تدعيم العمليات القائمة ، أو استحداث عمليات جديدة لمواجهة الاحتياجات الفعلية للمواطنين ، الأمر

بالقاهرة الكبرى والاسكندرية والأقاليم ، وأخرى لمرق الصرف الصحى
بالقاهرة الكبرى والاسكندرية ومدن قناة السويس ، وذلك على النحو
التالى :

مشروعات القاهرة الكبرى :

تم إعداد مشروع الخطة الشاملة للمياه بالقاهرة الكبرى (محافظة
القاهرة - مدينة الجيزة - مدينة شبرا الخيمة) حتى عام ٢٠٠٠
مستهدفا :

- الوصول بكمية انتاج كلية فى نهاية الخطة الخمسية الى حوالى
٤.٠ مليون مترمكعب يوميا وهى تعادل الكمية المتوقعة لتغطية
الاحتياجات حتى عام ١٩٩٠ ، مع زيادة طاقة التخزين لتصل الى ٣٧٠.٠
ألف متر مكعب لمواجهة فترات الذروة وتحسين الضغط .
- مواجهة زيادة الاستهلاك وملاحقة التوسع العمرانى لمقابلة
الاحتياجات المتزايدة مستقبلا وبصفة تدريجية ، لتحقيق مساواة الانتاج
بالاحتياجات ، وذلك باتباع مايلى :

- رفع كفاءة المحطات الحالية .
- استكمال المشروعات الجارية التى بدأ تنفيذها فعلا .
- مد خطوط مواسير رئيسية وفرعية .
- تجديد شبكات المياه القائمة .
- انشاء روافع جديدة لتغطية المناطق المحرومة .
- تدعيم التغذية بمناطق مختلفة بدائرة القاهرة الكبرى .
- تحسين ورفع الضغط بالشبكة .
- العمل على توصيل المياه لمناطق الاسكان الجديدة بمدينة نصر
وغيرها .

- رفع كفاءة الآبار الحالية .
- دق آبار جديدة بمنطقة المرج ومسطرد .
- عمل دراسات للحوض الجوفى بمختلف مناطق القاهرة الكبرى
لإمكان الاستفادة من استخدام مياه الآبار قدر الامكان خفضا للتكلفة .
- اتخاذ الاجراءات للعمل على تشغيل المحطات القائمة بطاقتها
التصميمية ، بدلا من تشغيلها بطاقة أكبر تصل حاليا الى ٣٠٪ زيادة
عن الطاقة التصميمية ، بهدف الحفاظ على سلامة هذه المحطات ،

• أعطال متوالية فى المحطات ، يصاحبها نقص فى قطع الغيار
وفى الايدى العاملة الفنية المدربة .

ثانيا - بالنسبة للصرف الصحى :

- لايتوافر الصرف الصحى الا فيما لايزيد على ٢٠ مدينة ، من
بينها القاهرة والاسكندرية اللتان تمثلان أكثر من ثلث عدد سكان
الجمهورية من اجمالى عدد مدن الجمهورية التى تبلغ ١٥٧ مدينة .
- تعاني المدن التى بها صرف صحى ، بما فيها القاهرة
والاسكندرية ، من طغى المجارى ، الأمر الذى يهدد الصحة العامة
ويساعد على انتشار الأوبئة بين أكثر من نصف عدد سكان الجمهورية .
- تعاني المدن التى لايتوافر فيها الصرف الصحى من :
• طغى الخزانات الأرضية ، ولاسيما بعد ارتفاع منسوب المياه
الجوفية .

• الاتفاق المتوالى على عمليات الكسح .

افتقار هذه المدن ، فى معظم الأحيان ، الى العدد الكافى من
عربات الكسح .

مواجهة المشكلة

قام المجلس بدراسة هذا الموضوع من كافة جوانبه ، وذلك على
ضوء ماتم من دراسة للأوضاع القائمة بالمرفقين واقتراح للحلول
الجذرية للنهوض بهما ، التى تمت بمعرفة مجموعات من بيوت الخبرة
الاستشارية : المحلية والأجنبية بالاشتراك مع الأجهزة المعنية بكل
مرفق .

وقد اتضح أن تلك الدراسات قد أجمعت على مايتى :

• البدء بأعمال الاصلاح والاحلال والتجديد للمرافق القائمة حتى
تستعيد كفاءتها التصميمية .

• توفير أجهزة المعالجة والتعقيم والقياس ، لإمكان التحكم فى
الانتاج كما ونوعا .

• تدعيم العمليات القائمة ، سواء بتوسيعها أو انشاء عمليات جديدة
لمواجهة الزيادة السكانية وارتفاع معدلات الاستهلاك والتوسعات
العمرانية .

وبناء على هذه الدراسات تم إعداد خطط شاملة لمرق مياه الشرب

وبلأق .

- إنشاء محطات الرفع ومجمعات الانحدار ومواسير الطرد اللازمة لرفع المخلفات حتى الوصول الى عملية التنقية بالجبل الأصفر .
- المدة المقررة لتنفيذ هذه المشروعات حوالى أربع سنوات .

بالنسبة لمشروعات الضفة الغربية :

- إنشاء محطة رفع كبرى والماسورة الصاعدة الخاصة بها لرفع التصريفات من منطقة شمالي الجيزة الى محطة التنقية بأبروآش .
- إنشاء محطة التنقية الكاملة في أبروآش .
- إنشاء شبكات مجارى رئيسية وفرعية بالمعصرة وحلوان والتبين .
- إنشاء المجمع الرئيس من المعادى حتى التبين بطول - ٢٥ كيلو مترا .

- إنشاء ثلاث محطات رفع فرعية ومحطة رئيسية لرفع مياه المجارى بهذه المناطق لمحطة التنقية .

- إنشاء محطة تنقية كاملة لمعالجة مياه المجارى لاستخدامها في استصلاح الاراضى والزراعة . وينتظر الانتهاء من تنفيذ هذه المشروعات في الخطة الخمسية الحالية.

يضاف الى ماسبق ما تقوم به الهيئة العامة لمرق الصرف الصحى للقاهرة الكبرى ، والتي تتبع المحليات ، من أعمال متممة للمشروعات السابق الإشارة إليها ، منها :

- استكمال مشروع مجارى شببرا الخيمة وإنشاء عملية تنقية بها سعة ٦٠٠ ألف متر مكعب في اليوم .
- استكمال مجارى منطقة الهرم .
- استكمال عملية التنقية بالجبل الأصفر بسعة قدرها ٦٠٠ ألف متر مكعب يوميا .

- عمليات الاحلال والتجديد ومد المجارى الى المناطق المحرومة ، وتحسين الصرف الصحى بمختلف مناطق القاهرة .

مشروعات الاسكندرية :

- تستهدف الخطة العامة الوفاء باحتياجات كل من محافظتى : الاسكندرية ومرسى مطروح حتى عام ١٩٩٠ وذلك بما يلي :
- زيادة الطاقة الانتاجية لمحطات مياه الشرب بمقدار ٧٨٠ مليون

٣٥

لضمان استمرار تشغيلها بكفاءة عالية طوال فترة عمرها الافتراضى .

- عمل التحسينات والاضافات اللازمة لتحسين نوعية المياه واستكمال وسائل الأمن والأمان لضمان التشغيل وتوفير الاحتياطي لكل محطة .

أما بالنسبة لأعمال الصرف الصحى فتبلغ القدرة الحالية لشبكات ومحطات الرفع بالقاهرة الكبرى حوالى ١.٨ مليون متر مكعب في اليوم ، على حين أن استهلاك المياه يبلغ حوالى ٢.٥ مليون مكعب يوميا ، ويفرض أن ما يصل لشبكات المجارى يبلغ ٨٠ ٪ من هذا الاستهلاك أى حوالى - ٢ مليون متر مكعب في اليوم ، بما يزيد عن أقصى قدرة للمرافق حاليا بحوالى ٢٠٠.٠ ألف متر مكعب يوميا تظهر كقطع في المناطق المنخفضة وفي نهايات الشبكات ، فقد استلزم هذا الأمر وضع خطة عامة لاستيعاب التصريفات الحالية والمستقبلية حتى عام ٢٠٣٠ . وقد انتهت هذه الخطة الى :

• ضرورة سرعة تنفيذ مشروعات الاحلال والتجديد والتدعيم كخطوة أولى عاجلة .

- توفير المهمات اللازمة للتشغيل والصيانة ، والبدا فوراً في تنفيذ المراحل الأولى من المشروع . وتضمنت الخطة الخمسية من هذه المشروعات مايلي :

- احلال وتجديد شبكات مواسير الانحدار الفرعية للمناطق ذات الأولوية الأولى والأكثر احتياجا وتبلغ ٣٥ منطقة .
- مشروعات الاحلال والتجديد ل ٥٢ محطة رفع صفرى .
- أعمال الاحلال والتجديد ل ٣٩ رافع هوائى .
- إنشاء خطوط مواسير انحدار ومواسير طرد لضمان وصول ورفع التصريفات التي تخدمها هذه المحطات .
- إنشاء ست محطات رفع جديدة .
- بالنسبة لمشروعات الضفة الشرقية :

- إنشاء النفق الرئيسى من محطة الأميرية الى عابدين بطول حوالى تسعة كيلومترات بقطر يتراوح ما بين ٤ الى ٥ أمتار .
- إنشاء أنفاق فرعية بطوالى حوالى - ١٨ كيلومترا وبأقطار تتراوح ما بين ١.٢ الى مترين ، لخدمة مناطق مدينة نصر والعباسية

• تجديد المحطات وخطوط الطرد والمجمعات القائمة .
• انشاء المصب البحري بطول ١٠ كيلو مترات داخل البحر ، وعلى عمق ٥٠ مترا من سطح البحر
ومازالت الدراسة تجرى للنظر فى امكان الصرف الى الصحراء
غربى الاسكندرية للاستفادة من المياه المنقاة فى أعمال الزراعة ، وهذه
الدراسة لاتمنع من السير فى تنفيذ مشروعات الخطة لتحقيق تحسن
يشعر به المواطنون ، وتهدف الخطة الى الانتهاء من هذه المشروعات فى
عام ٩٨ / ١٩٩٠ تقريبا .

مشروعات باقى المحافظات :

استهدفت تلك الخطط الوصول بمستوى الخدمة لجميع محافظات
الجمهورية عدا القاهرة الكبرى والاسكندرية ، بحيث تغطى كافة
احتياجات السكان من مياه الشرب بنسبة ١٠٠٪ فى عام ٢٠٠٠ ، مع :
• الارتفاع بمعدلات استهلاك الفرد الى ٦٠ لترا يوميا فى الريف ،
والى ١٠٠ لتر فى اليوم بالمدن الصغيرة و٢٠٠ لتر يوميا فى المدن
الكبرى .

• اتاحة المياه طبقا للمعايير الصحية الدولية .
• ضمان استمرارية التغذية فى المناطق المخدومة بالضغط
المناسب .

• الوصول بنسبة التوصيلات الخاصة للمساكن الى ٩٠٪ فى المدن ،
١٠٪ فى الريف .

كما استهدفت :

• أن تتم أعمال الاصلاح والتجديد الشامل لجميع مرافق المياه
بالمحافظات على مدى خطتين خمسينتين ، تبدأ من خطة عام ٨٢/١٩٨٣ .
• تحقيق زيادة فى المياه المنتجة بمايقرب من مليون متر مكعب يوميا
فى نهاية الخطة الخمسية (٨٢ / ٨٣ - ٨٦ / ١٩٨٧) ، وهو أمر سوف
يحقق ارتفاعا يصل بمعدل استهلاك الفرد اليومى فى الريف الى ٥٠
لترا ، وفى المدن الى ١٢٠ لترا يوميا ، فضلا عن تحسين المعايير
النوعية للمياه بتوفير معدات التعقيم لجميع مصادرها السطحية ولبعض
مصادرها الجوفية .

• سيتم تركيب وحدات نقالى متكاملة لانتاج المياه فى المراحل الأولى

متر مكعب فى السنة ، بما يمكن من سد النقص الحالى فى كميات المياه
المنتجة والتي تبلغ ٣٦٤ مليون متر مكعب خلال عام ٨١ / ١٩٨٢ ،
بمتوسط يومى يبلغ حوالى مليون متر مكعب ، على حين لم تقل متطلبات
صيف تلك السنة عن حوالى ١.٥ مليون متر مكعب فى اليوم ، فى الوقت
الذى تبلغ فيه جملة الطاقة التصميمية لمحطات المرفق ما لايزيد عن -
٨٢٣ ألف متر مكعب فى اليوم ، الأمر الذى أدى الى الاضرار الى
تشغيل المحطات تحت حمل تشغيل بلغ ١٣٠ ٪ من طاقتها التصميمية
على مدار العام و ١٥٠ ٪ خلال فصل الصيف .

• تنفيف حمل التشغيل على المحطات بمايمكن من تشغيلها فى
اطار طاقتها التصميمية .

• ايجاد هامش من فائض الانتاج يتيح وقف تشغيل بعض
الوحدات الانتاجية عندما تدعو الضرورة لاجراء الصيانة والعمرات
السنية .

• الارتفاع بنوعية المياه كنتيجة فى اطار الطاقة التصميمية واجراء
أعمال الصيانة والعمرات فى توقيتها الدورى .

• تنفيذ خطوط وشبكات المواسير اللازمة لمواجهة نقل الزيادة
المتوقعة فى انتاج محطات المياه الى مراكز الاستهلاك .

• مد شبكات المواسير لمواجهة الامتداد العمرانى والصناعى
والسياحى .

• تنفيذ مشروعات الاحلال والتجديد لشبكات المواسير القديمة
المستهلكة واستبدال شبكات التوزيع ذات الاقطار الصغيرة بأخرى أكبر
قطرا لتتلاءم مع زيادة الاحمال بسبب تزايد الكثافة السكانية .

• تحسين مستوى الخدمة عن طريق انشاء مشروعات لتخزين المياه
لتقوية الضغط والموازنة بين الانتاج ومتطلبات الاستهلاك على مدار ٢٤
ساعة يوميا .

أما بالنسبة لمشروع المجارى ، فقد استهدفت الخطة :

• انشاء شبكات مجارى مناطق : أبوقير والرأس السوداء والسيوف
القبلىة ومنطقة سموحة ، مع خطوط الطرد والمجمعات للمناطق
المستجدة .

• انشاء محطات التنقية الشرقية والغربية .

من الخطة الحالية لمقابلة الاحتياجات الملحة في مناطق نهايات الخطوط التي تشكو من ضعف الضغوط والتصرفات .

ويؤمل أن يتم في خلال سنوات هذه الخطة :

- تحسين الخدمة للمواطنين بالمناطق التي تشكو حاليا انقطاع المياه وضعف ضغطها ويقدر عدد هؤلاء بحوالى ٤ ملايين مواطن موزعين على محافظات الجمهورية بالحضر والريف .
- وصول المياه الى حوالى مليونى مواطن في المناطق غير المخدومة حاليا .

• زيادة المعدلات المتاحة لحوالى ٦ ملايين نسمة آخرين

أما بالنسبة لأعمال الصرف الصحى ، فقد استهدفت تلك الخطط .

• الانتهاء من تنفيذ مشروعات ٩ مدن يجرى العمل فيها وسبقت الإشارة إليها ، حتى نهاية الخطة الخمسية الأولى .

• تحويل مشروعات خفض منسوب مياه الرشع في بعض المدن التي أجريت فيها هذه المشروعات خلال السنوات الماضية ، الى مشروعات للمجارى ، بحيث تتم خلال خطتين خمسين ، في المدن الآتية : ميت غمر - المطرية - دسوق - زفتى - بلقاس - السنبلارين - المنزلة - بيلا - دكرنس - طلخا - مينا القمح - شربين - فارسكور . نظرا لما تبين من توصيل مياه المجارى المنزلية خلصة الى شبكات خفض مياه الرشع وصرفها الى المصارف العمومية بون تنقية ، الأمر الذى يؤدي الى الاضرار بالصحة العامة ويعمل على انتشار الأوبئة .

• إعداد الدراسات والتصميمات لمشروعات الصرف الصحى لعشر مدن أخرى ، هي : قليوب - شبين القناطر - القناطر الخيرية - الخانكة - طوخ - كفرشكر - كفر سعد - عزبة البرج - أبوالمطامير - الفكرية .

ومن المقرر أن يتم تنفيذ حوالى ٣٠٪ من هذه الأعمال في خلال الخطة الخمسية الحالية والباقي في الخطة الخمسية التالية .

• مد خدمة الصرف الصحى الى ٤٠ مدينة يزيد تعداد كل منها على ٤٠ ألف نسمة ، أو لها طبيعة خاصة ، وأن يبدأ العمل في تنفيذ مشروعاتها ابتداء من عام ٨٦ / ١٩٨٧ لتتم في خلال خطط خمسية متتالية .

• اتمام دراسة انصب الطرق لمد خدمة الصرف الصحى للمدن الصغيرة والقرى ، وفقا لمواقعها الجغرافية وظروفها البيئية في خلال الخطة الخمسية الأولى ، بحيث يتم الاستقرار على نماذج نمطية وفقا لتصنيفات هذه المدن والقرى ، واختيار قرية أو أكثر كنموذج لتنفيذ هذه المشروعات بها

مشروعات المدن الجديدة :

ان الخروج الى الصحراء وتعمير المناطق المتطرفة بعيدا عن الرادى الضيق المزحم بالسكان هو الحل المنظور لمواجهة الزيادة المستمرة في عدد السكان .

• انشاء المدن الجديدة ذات القاعدة الاقتصادية المستقلة بعيدا عن

المدن القائمة .

• انشاء المدن التوابع المستقلة أيضا استقلالا يكاد يكون تاما حول

المدن الكبرى

• تعمير مناطق متطرفة مثل منطقة البحر الاحمر والساحل الشمالى الغربى وبحيرة السد العالى والواحات وسياء ، ولاشك أن أولى خطوات تعمير كل تلك المناطق تتمثل في تنفيذ أعمال المرافق بها ، ولأن هذه المناطق تحظى بقدر كبير من الاهتمام ، فقد تم - أو كاد - الجزء الاكبر من مرافق المرحلة الأولى في مدينتى : ١٠ رمضان و ١٥ مايو . كما يجرى تنفيذ الآتى :

• التنفيذ الفعلى لمرافق مدن السادات والعامرية الجديدة و ٦ أكتوبر ،

وغيرها من المناطق المتطرفة .

• إعداد تخطيطات مدن العبور ويدر والأمل .

الاستثمارات:

يقدر اجمالى الاستثمارات اللازمة لتنفيذ مشروعات مياه الشرب حتى عام ١٩٩٠ ، ومشروعات المجارى حتى عام ٢٠٢٠ بحوالى ٩٥٦٠ مليون جنيه (بحسب أسعار عام ١٩٨١) ، تم منها ما قيمته حوالى ٦٨٥ مليون جنيه حتى ٣٠ / ٦ / ١٩٨٢ . وقدرت الاستثمارات اللازمة للخطة الخمسية الأولى ٨٢ / ١٩٨٣ - ١٩٨٧ / ٨٦ بحوالى ٣٥٨٢.٥ مليون جنيه ، على أن تتم باقى الاستثمارات لتغطية كافة الاحتياجات المنظورة

بتجريم هذه الأفعال .

* عدم تنفيذ مشروعات لخفض مياه الرشح ، لما تبين من أن صرف المساكن يوصل إليها خلصة .

* دراسة استخدام ناتج الصرف مضافا الى القمامة فى انتاج السماد.

* ضرورة الحصول على موافقة الهيئات الخاصة بالمرافق قبل الترخيص بإنشاء أى مبنى .

* انشاء اتحاد للمنتفعين فى الممارات المؤجرة والتي يزيد عدد وحداتها عن خمسة أسوة باتحاد الملاك الذى ينص عليه القانون فى عمارات التمليك ، بهدف العناية والاهتمام بأعمال الصيانة .

* زيادة طاقة التشييد فى قطاع المرفقين - ويمكن الاستعانة بأجهزة التشييد الخارجية ذات الخبرة الواسعة فى هذا المجال - حتى يمكن تنفيذ الخطط الموضوعية فى موعدها .

* الاهتمام بصناعة الأجهزة والأدوات الصحية طبقا لمواصفات قياسية عالمية ، وبأسعار مناسبة تيسر العناية بالأدوات الصحية المنزلية ، وتكفل الاسراع باصلاحها - فى حالة تلفها - وصيانتها ، وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الأجنبى على المساهمة فى هذه الصناعات .

* انشاء شركات لأعمال صيانة خدمات المياه والمجارى .

* الاهتمام بتدريب العمال والفنيين فى أعمال المجارى والمياه عامة ، وأعمال الصيانة على الخصوص ، مع اطلاق الدوافع لكافة العاملين فى هذا القطاع ، لمواجهة عزوف المهندسين والفنيين عن العمل فيه ، وعمل نظام تأمين طبى شامل واجبارى لهم ، على أن تتحمل الدولة حصة اشتراكهم فيه ، ووضع نظام آخر مناسب للتأمين على الحياة .

* الاستعانة بالمهندسين والفنيين فوق الستين وحتى الخامسة والستين للاستفادة بخبرتهم ، ولسد النقص فى هذا المجال .

* تشكيل لجان فنية متفرغة ، تتولى متابعة تنفيذ الخطط ، على ضوء تقارير المكاتب الاستشارية ، مما يضمن حسن التنسيق ، ولواجهة مايسفر عنه التطبيق بتقديم الحلول البديلة المناسبة .

خلال الخطة الخمسية التالية . وقد أتاححت الدولة استثمارات قدرها ٢٩٥٢,٠ مليون جنيه فى الخطة الخمسية الحالية ، بما يقل عن الاستثمارات اللازمة بحوالى ٦٣٠ مليون جنيه

التوصيات

على ضوء الدراسات السابقة ، ومادار حولها من مناقشات يوصى بمايلى .

* توحيد أسس تصميم مشروعات ومحطات مياه الشرب فيما يقتضى بمعدلات استهلاك الفرد ، قدر الامكان ، وبمراعاة الظروف القائمة والمستقبلة .

* الاتجاه الى الحصول على مياه الشرب من آبار تنشأ فى مجرى النيل مما يوفر تكاليف وأعباء محطات الترسيب والترشيح .

* اضافة مادة الكلور لمياه الشرب ، وخاصة فى المدارس ، والمساح والجهات التابعة للقوات المسلحة ، رفعا لدرجة صلاحية المياه للشرب .

* ترشيد استهلاك مياه الشرب ، وتقليل الفاقد منها وصولا الى :

. الاستفادة من طاقة المياه المنتجة حاليا بأحسن قدر ممكن .

. تخفيف العبء عن مرفق الصرف الصحى .

ويمكن أن يساعد فى هذا المجال ، تطبيق نظام الشرائع فى المحاسبة على الاستهلاك ، بحيث تتدرج أسعارها فى الزيادة ، كلما ارتفعت شريحة الاستهلاك حفزا للمستهلكين على الحد من استهلاكهم .

* اسناد تشغيل أعمال الصرف الى شركات بدلا من الأجهزة الحكومية.

* النظر فى مشاركة المواطنين فى تكلفة مشروعات المجارى ، وذلك بالنسبة لبانى ومشروعات الاسكان الجديدة ، بما يسهم فى تدبير العجز فى الاستثمارات المطلوبة للخطة الخمسية (٦٣٠ مليون جنيه) .

* النظر فى تحميل السكان بتكلفة الانتفاع بالمجارى ، وذلك عن طريق فرض رسم يتناسب طرديا مع استهلاك المياه ، ممايسهم فى ترشيد الاستهلاك .

* توعية المواطنين بعدم اساءة استخدام مرفق الصرف الصحى ، بإلقاء المخلفات وغيرها فى البالوعات واستصدار التشريع اللازم

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة

يقصد بالمجتمعات العمرانية الجديدة ، كل تجمع بشري متكامل ، يستهدف خلق مراكز حضارية جديدة ، تحقق الاستقرار الاجتماعى والرخاء الاقتصادى ، بقصد اعادة توزيع السكان ، عن طريق اعداد مناطق جذب مستحدثة ، خارج نطاق المدن والقرى القائمة . ويمثل موضوع السكان والتنمية المشكلة الاولى فى مصر ، حاليا ومستقبلا . ومن ثم اهتم المجلس فى دراسة سابقة - بتوزيع السكان حتى عام ٢٠٠٠ ، حيث يصل تعداد سكان مصر الى ٦٨ مليوناً ، بزيادة قدرها ٢٤ مليوناً ، منها ١٤ مليوناً للحضر وعشرة ملايين للريف ، مما يستدعى ضرورة النظر فى استيعاب تلك الزيادة السكانية ، من خلال تخطيط مدروس ، للمجتمعات القديمة والجديدة ، ويقتضى ذلك توفير مجتمعات عمرانية جديدة : حضرية وريفية ، بكم كبير وفى وقت قصير .

مبادئ واعتبارات عامة :

وفى هذا الاتجاه ينبغى الإشارة الى مجموعة من الحقائق والاعتبارات ، فى مقدمتها :

• ان تجربة انشاء مجتمعات جديدة تعتبر حديثة بالنسبة لنا ، وأيضا بالنسبة للعالم ، اذ أن انشاء هذه المجتمعات بهذه الكثرة ، وفى

وقت محدود نسبيا ، يعتبر ظاهرة جديدة فى تاريخ مصر والعالم ككل .
• ان انشاء المجتمعات الجديدة : حضرية أو ريفية ، وتطوير المجتمعات القديمة يمثل المكون الأساسى فى مشكلة التنمية والسكان ، ومن ثم ينبغى الا تغفل نظرتنا الى المجتمعات العمرانية الجديدة والقديمة ، الخطة القومية للتنمية الشاملة .
• ان النظرة الى المجتمعات الحضرية بون المجتمعات الريفية ، أو العكس ، لا يؤدى الى الحلول الصحيحة وذلك للتفاعل العضوى المستمر بين الريف والحضر ، والتأثير الدائم لكل منها على الآخر . ولا يوجد فى الحقيقة حد فاصل بينهما ، اذ يلتقيان فيما يمكن أن يسمى " المدن الزراعية الصناعية " وهى مدن تجمع بين سمات الحضر والريف فى وقت واحد .

• ان تقييم مامرونا به من تجارب يساعد على توضيح الرؤية وتعديل المسار ، كلما دعت الضرورة الى ذلك ، لتنفيذ من الايجابيات ، وتجنب السلبيات فى خططنا المقبلة .

الحيز العمرانى الحالى :

وهل تعداد مصر فى الوقت الحاضر الى مايزيد عن ٤٦ مليون نسمة ، متمركزين فى الدلتا وفى الصعيد ، فى ظروف عمرانية تزداد صعوبة بعضى الوقت ، والمشكلة التى تواجهها مصر حاليا ولسنوات طويلة قادمة ، هى فقدان الاتزان بين عدد السكان وبين الوعاء المكائى الحالى الذى يعيشون فيه . ففضلا عن ضيق هذا المكان ، فإن كفاءاته التنموية الحالية لا تكفى لتوفير حياة ذات مستوى مقبول للأعداد الكبيرة المتزايدة من السكان .

وهناك عدم اتزان على مستوى أشمل ، يتمثل فى الحيز العمرانى الحالى ، والذى تبلغ مساحته حوالى ٤٠ ألف كم^٢ ، يمثل ٤٪ فقط من مساحة الحيز الوطنى الكلى ، والذى تبلغ حوالى مليون كم^٢ . ويتمثل حل هذه المشكلة فى تحقيق التعادل بين الانسان والمكان ، من خلال تخطيط شامل للتوزيع المكائى والوظيفى للسكان ، والأنشطة الانتاجية

والخدمية على مستوى الدولة ، كوحدة عضوية نامية .

* وفى هذا المجال تبدو أربع ظواهر رئيسية ملفتة للنظر وهى :

الظاهرة الأولى : هى زيادة عدد السكان زيادة كبيرة فى وعاء مكائى يكاد يكون ثابتا لم يتغير ، فلم تزد مساحة الأرض الزراعية فى مصر من عام ١٩١٧ الى عام ١٩٦٦ ، الا بنسبة ٣,٤ ٪ ، ، بينما قاربت نسبة الزيادة فى عدد السكان فى هذه الفترة ٧٦ ٪ وقد أدت هذه الزيادة الى استهلاك الحيز الانتاجى فى الامتدادات العمرانية الحضرية والريفية .

الظاهرة الثانية : هى اقتصار الهجرة الداخلية على اقليمى القاهرة والاسكندرية ، ورغم المحاولات التى بذلت للحد من الهجرة الى هذين الاقليمين الا أنهما بقيا قطبا الجذب للهجرة الداخلية واستمرا فى استقطاب أكثر من ٧٣ ٪ من حجم الهجرة الداخلية ، وذلك ناتج عن التركيز الادارى والخدمى والانتاجى فيهما .

الظاهرة الثالثة : هى الاختفاء التدريجى للحد الفاصل بين سمات الحياة الحضرية والحياة الريفية . فقد اكتسبت المراكز الحضرية التقليدية بعض الملامح الريفية ، كما ظهرت بعض الخصائص الحضرية على وجه الحياة الريفية . وقد أدى ذلك الى تغير جذرى فى أنماط العلاقات الاجتماعية والخصائص السكانية التى سادت مصر قرونا طويلة ومازال هذا التغير يجرى الى غير مستقر .

الظاهرة الرابعة : هى اختلال التوزيع السكانى على مسطح المعمور المصرى الحالى وتظهر آثاره بوضوح فى عدم تكامل الأنشطة الاقتصادية والعمرانية والاجتماعية وعدم توازنها فى اطار أقاليم واضحة المعالم . وقد نتج ذلك بسبب تركيز الاهتمام ، فى السنين الثلاثين الماضية ، على المدن الكبرى ، دون تنمية المدن المتوسطة ، وعدم الاهتمام بتحسين نوعية الحياة فى الريف .

* وهناك عدد من الحقائق الهامة المتعلقة بالسكان تجدر الإشارة اليها وفى مقدمتها :

أولا : بلغ عدد سكان مصر ٣٦,٥ مليون حسب تعداد ١٩٧٦ ، منها

ع .

٤٤ ٪ يسكنون فى الحضر والباقي فى الريف ، وقد بلغ سكان منطقتى القاهرة والاسكندرية ٢٥ ٪ من مجموع السكان .

اما العدد الكلى المتوقع لسكان مصر عام ٢٠٠٠ ، فيتراوح بين ٦٥ ، ٧٠ مليونا .

ثانيا : ان عدد السكان المقيمين يتوقف على معدل الهجرة الى الدول الأخرى ، ومن الصعب التنبؤ بمعدل الهجرة فى المستقبل بسبب عوامل الطرد والجذب التى تتدخل فى تحديد هذا المعدل . الا أن هناك مؤشرات تدل على أن معدل الطلب على العمالة المصرية فى دول الشرق الأوسط لن يزيد عن معدلات السنوات السابقة ، ان لم يقل .

ثالثا : تدل التقديرات على أن عدد سكان الحضر سنة ٢٠٠٠ سيكون ٣٤ مليون ، يمثلون حوالى ٥٠ ٪ من مجموع السكان ، بزيادة قدرها ١٤ مليون عن المعدل الحالى لسكان الحضر .

كما سيبلغ سكان الريف عام ٢٠٠٠ حوالى ٣٤ مليون نسمة ، بزيادة قدرها ١٠ ملايين عن العدد الحالى لسكان الريف .

ويتضح مما سبق أن الزيادة فى عدد السكان المطلوب إعاشتهم حتى عام ٢٠٠٠ ستبلغ ٢٤ مليونا ، داخل الحيز الحالى ، وعلى محاور تنمية جديدة خارج الوادى والدلتا .

حول تقييم ماتم وما يجرى انجازه

من مجتمعات ومدن جديدة

بدأ التفكير فى انشاء مجتمعات جديدة عام ١٩٦٨ ، عندما وضعت لجنة تخطيط القاهرة الكبرى خطة اقليمية لامتداد القاهرة فى المستقبل باقامة أربع مدن جديدة تابعة ، وكان من المقرر أن تستوعب كل من هذه المدن الجديدة ، ٢٥٠ ألف نسمة عام ١٩٩٠ .

وفى نهاية عام ١٩٧٣ أصبحت الدعوة الى انشاء مجتمعات جديدة فوق الأرض الصحراوية مطلبا قوميا وسياسيا . وفى عام ١٩٧٥ بدأ التخطيط لمدينتى العاشر من رمضان والسادات ، لكى تستوعب كل منهما ٥٠٠ ألف نسمة حتى عام ٢٠٠٠ .

كما بدأ التخطيط لمدينة العامرية الجديدة في عام ١٩٧٧ ، لكي يكون لها نفس الحجم . وفي ذلك الوقت يجرى التخطيط لمدينة ١٥ مايو ليبلغ حجمها السكاني ١٥٠ ألف نسمة ، وهي تعد مدينة سكنية لعمال المنطقة الصناعية بحدائق .

ثم تقرر في أوائل ١٩٧٩ ان يتم تخطيط عدد من المدن الجديدة من منطقة القاهرة الكبرى هي : مدن السادس من أكتوبر والعبور والامل . وفي نوفمبر ١٩٧٩ ، تأسست هيئة المجتمعات الجديدة بموجب القانون ٩٠ لعام ١٩٧٩ ، لتكون مسئولة عن اقامة وإدارة المجتمعات الجديدة .

وعلى الرغم من أن قدرًا كبيرًا من الانشاء السكنى والبنية الأساسية قد تم في مدن ١٥ مايو و١٠ رمضان والسادات والعامرية الجديدة ، الا أننا مازلنا في المراحل الأولى على طريق انشاء مجتمعات عمرانية جديدة .

وقد يكون من الملائم تقييم ماتم حتى الآن ، لكي يكون الاقبال على المراحل التالية بأكثر قدر من الاطمئنان لسلامة الطريق في هذا المجال .

بالنسبة للموقع :

يمكن تقسيم مابدىء فيه من المجتمعات الجديدة الى قسمين رئيسيين:

القسم الأول : ويشمل المدن المستقلة القائمة بذاتها وهي : العاشر من رمضان ، والسادات ، والعامرية الجديدة .

والقسم الثانى : ويشمل المدن الداخلة فى نطاق اقليم القاهرة الكبرى وهي :

– مدن مستقلة ذات قاعدة اقتصادية وهي : ٦ أكتوبر ، والعبور .

– مدن تابعة مثل : ١٥ مايو ، والسلام ، والامل ، وبدر .

وتقع هذه المدن على طول محاور التنمية لاقليم القاهرة الكبرى ، كما انها قريبة بالقدر الكافى من القاهرة ، بحيث يتاح لها جذب الصناعات

والسكان .

• فمدينة ١٥ مايو تتمتع بإمكانات جذب العمال العاملين فى صناعات حدائق .

• وتقع مدينة ٦ أكتوبر فى منطقة ذات احتمالات كبيرة للنمو ، وتتمتع بإمكانات جذب سواء بالنسبة للانشطة الصناعية أو السياحية .

• وتقع مدينة العبور بالقرب من طريق القاهرة – الاسماعيلية بجوار طريق بلبيس الصحراوى وبالقرب ايضا من المواقع الصناعية بالخانكة ولذا فانه سيكون لها جاذبية كبيرة للتنمية الصناعية والسكنية .

• اما بالنسبة لمدينتى الامل وبدر الموجودتين فى المسطح الصحراوى الشرقى ، فقد تكونان حاليا أقل جذبا للسكان والصناعات ، الا أنهما على المدى الطويل ستكتسبان هذه الجاذبية . وستأتى هاتان المدينتان كمرحلة ثانية من مراحل انشاء المدن داخل اقليم القاهرة .

• وتقع مدينة العاشر من رمضان على شريان رئيسى يمتد بين القاهرة ومنطقة القناة ، وتبعد عن وسط القاهرة بحوالى ٥٨ كيلومترا ، ويمكن قطع المسافة بينها وبين مصر الجديدة فى ٣٠ دقيقة .

• وتقع مدينة السادات على شريان رئيسى يمتد بين القاهرة والاسكندرية وتبعد عن وسط القاهرة بحوالى ٩٥ كيلومترا ، ويمكن قطع المسافة بينها وبين منطقة الهرم فى حوالى ثلاثة أرباع الساعة .

• أما مدينة العامرية الجديدة فلا تبعد الا بنحو ٤٠ كيلومترا عن الاسكندرية ولذا يمكن القول : ان اختيار مواقع هذه المدن المستقلة على شرايين رئيسية ، وعلى مسافات ليست كبيرة من المراكز الحضرية الحالية ، هو اختيار مناسب . ولاشك أن بعدها النسبى يجعلها أقل جذبا فى المستقبل القريب ، للسكان والصناعات من المدن داخل الاقاليم الحضرية الكبرى مثل القاهرة ، ولكن على المدى الطويل وعند استكمال مقوماتها الاساسية ، سوف تحقق الأهداف الاصلية التى أنشئت من أجلها . وقد تحتاج هذه المدن المستقلة الى عناصر جذب اضافية تساعد

على نجاحها مثل : اقامة جامعة فيها أو انشاء مراكز حكومية أو تجارية رئيسية

بالنسبة للحجم :

تبلغ الطاقة الاستيعابية القصوى المستهدفة بالمخططات العامة للمدن الجديدة - العاشر من رمضان والسادات والعامرية الجديدة و ٦ أكتوبر و ١٥ مايو والعبور والامل وبدر - نحو ٢,٧٥,٠٠٠ نسمة في عام ٢٠٠٠ وأحجامها المستهدفة وهي كالاتى :

| | |
|------------------|--------|
| العاشر من رمضان | ٥٠٠٠٠٠ |
| السادات | ٥٠٠٠٠٠ |
| العامرية الجديدة | ٥٠٠٠٠٠ |
| ٦ أكتوبر | ٣٥٠٠٠٠ |
| ١٥ مايو | ١٥٠٠٠٠ |
| العبور | ٢٥٠٠٠٠ |
| الامل | ٢٥٠٠٠٠ |
| بدر | ٢٥٠٠٠٠ |

وهذا عدا المجتمعات العمرانية الجديدة مثل : مدينة الصفا بجوار أسيوط ، وفي الضفة الشرقية من النيل فى بنى سويف وسوهاج وأسوان ، وكذلك مدينة دمياط الجديدة . وتجدر الإشارة الى أن انشاء ميناء دمياط ، الذى يجرى تنفيذه الآن ، سيؤدى الى تزايد أهمية المحور الأوسط الذى يمتد من القاهرة الى دمياط مخترقا الدلتا ، مما يعمل على تنمية المدن والأقاليم التى يمر بها .

وتشير بعض الدراسات الى أن توقعات معدلات النمو السنوى ستكون فى حدود ١٠٪ . وتستند هذه الدراسة على الاتجاهات الحضرية التاريخية فى المدن المصرية التى مرت بفترات نمو سريعة شبيهة بالمجتمعات الجديدة مثل : شبرا الخيمة والجيزة وكفر الدوار وأسوان . ولكن من خلال بذل جهود أكبر فى مجال الاستثمار والتسويق ، يمكن

٤٣

الوصول الى معدلات نمو كبيرة تقترب بأحجام هذه المدن من الأحجام المستهدفة .

بالنسبة للتكاليف :

تشمل تكاليف انشاء المدن الجديدة مايلى :

- تكاليف المرافق الداخلية من طرق ومياه وإنارة وتكاليف تسوية الأرض وغير ذلك .

- تكاليف المرافق الخارجية أى من المواقع العمرانية المجاورة الى الموقع الذى به المدينة .

- الخدمات الاجتماعية والثقافية والصحية والأمنية ويدخل فى هذا المضمون المستشفيات والمدارس ونقط الأمن والاتصالات ، وغيرها .

- الأنشطة السكانية والخدمات المعيشية المرتبطة بها من محلات تجارية وأماكن ترفيهية .

- أنشطة اقتصادية سواء مصانع أو مخازن .

وتقدر التكاليف اللازمة لمدن السادات والعاشر من رمضان و ١٥ مايو و ٦ أكتوبر ، بنحو ٥٠٠٠ مليون جنيه مصرى تقريبا ، ويمثل هذا الرقم نسبة تتراوح بين ٢٢ ٪ ، ٣٠ ٪ من اجمالى الاستثمار الرأسمالى اللازم للبنية الأساسية فى داخل حضر الجمهورية عموما . كما أنه نظرا للفترة الطويلة المطلوبة لتنفيذ البنية الأساسية ، فمن المحتمل تواجد كمية كبيرة من الأصول المجمدة التى لاتحقق عائدا استثماريا فى المراحل الأولى لتنفيذ المدن .

وقد أوضحت التقارير الخاصة بالمجتمعات الجديدة فى مدن : ١٥ مايو ، والسادات ، والعاشر من رمضان ، أن نصيب الفرد من تكلفة الاستثمارات بالجنيه المصرى كالاتى :

| اسكان | بنية أساسية | خدمات | المجموع |
|-----------------|-------------|-------|---------|
| العاشر من رمضان | ٢٠٠٠ | ٨٠٠ | ٧٥٠ |
| مدينة السادات | ٢٠٠٠ | ٨٠٠ | ٦٠٠ |
| ١٥ مايو | ١٦٠٠ | ٦٠٠ | ٨٠٠ |

ملحوظات عامة :

ومن خلال نظرة موضوعية على الأوضاع الراهنة بالنسبة لهذه المدن ، يمكن عرض الملحوظات الآتية :

• أن سياسات البيع بالنسبة للأراضي والبنية الأساسية والسكان ، تتطوى على عنصر دعم كبير ، سواء أكان ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة .

• أن أقل المستويات في مجال استرداد التكاليف توجد في مدينة العاشر من رمضان فنظرا لأن كافة أراضي السكان - بالإضافة إلى جميع أراضي المشروعات الصناعية في المرحلة الأولى - قد تم بيعها بأسعار مخفضة فإن الدعم الحكومي لهذه الأراضي يزيد بقدر ملحوظ عن مثيله في المدن الأخرى . هذا ويبلغ نصيب الفرد في هذه المدينة في البنية الأساسية ٨٠٠ جنيه وفي الخدمات الأخرى ٧٥٠ جنيها في المرحلة الأولى ، إلا أن المتوقع أن يبلغ العائد الإجمالي من مبيعات الأرض بالنسبة للفرد ٣٥ جنيها ، ويترتب على ذلك أن نسبة ما يسترد من رأس المال المستثمر في البنية الأساسية والخدمات الأخرى ضئيل إلى حد ما .

• أن الأراضي الفضاء ومناطق الخدمات الاجتماعية ، تفوق مساحات المناطق المخصصة للاستخدامات السكنية ، وبالتالي فنسبة الأراضي المخصصة للاستخدامات السكنية تعد منخفضة بالمقاييس التخطيطية الشائعة ، وهي تصل إلى ٣٣٪ من مساحة الأراضي المخصصة لاستخدامات غير صناعية في مدينة السادات ، و ٣٠٪ في مدينة العامرية الجديدة ، و ٤٦٪ في مدينة العاشر من رمضان ، و ٣٠٪ في مدينة أكتوبر . أما بالمقاييس التخطيطية ، فينبغي أن تبلغ نسبة الأراضي المخصصة للاستخدامات السكنية حوالي ٥٠ ٪ من إجمالي مساحة الأراضي المخصصة للاستخدامات غير الصناعية .

• أن الحكومة تقوم حاليا بدعم كبير في عملية إنشاء المساكن بالمدن الجديدة ، إذا يتم تمويل بعض عمليات الإنشاء بواسطة قروض حكومية على ٣٠ سنة ، بفائدة ٤ / ٪ ، وقد أدى ذلك إلى ضخامة حجم الدعم ، وضخامة حجم الاستثمار الحكومي المخصص للسكان

التوسع السكاني والعمراني في الأراضي المستصلحة والجاري استصلاحها

أولت الدولة ، بعد ثورة ٢٢ يوليو ، عناية فائقة لمشروعات استصلاح الأراضي واستزراعها وتكوين مجتمعات جديدة عليها ، لتنمية الثروة والانتاج والدخل ، وإيجاد مراكز لجذب السكان ، بهدف إعادة توزيعهم ومواجهة ضغطهم على الموارد المعيشية المحدودة . ويمكن تلخيص أوضاع الأراضي الجديدة ، حسب درجة استصلاحها على النحو الآتي :

١٠٣٥٢٨١ فدان تم استصلاحها .

٦٣٦٧٠٠ فدان يجري استصلاحها في الخطة الخمسية الحالية .

٢٠٥٨١١٩ فدان مقرر استصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ .

٣.٧٣٠.١٠٠ فدان جملة الأراضي التي استصلحت والجاري

والمقرر استصلاحها .

- ويثلخص النظام الذي اتبع للتخطيط العمراني بالأراضي التي استصلحت والجاري والمقرر استصلاحها فيما يلي :

• تقسيم الأراضي المستصلحة إلى قطاعات ، مساحة كل منها نحو ٥٠٠٠ فدان ، ثم تقسيم كل منها إلى مناطق ، مساحة كل منها نحو ١٠٠٠ فدان ، وتقسيم كل منطقة إلى خمسة مزارع ، مساحة كل منها نحو ٢٠٠٠ فدان .

• وينشأ لكل مزرعة مساحتها ٢٠٠٠ فدان قرية فرعية ، تحتوي على مبنى للخدمات يتكون من : جمعية استهلاكية - ومركز اسعاف - ومصلى - ومجموعة دكاكين .

نحو تصور مبدئي للتوسع فى الأراضى الجديدة المستصلحة

تتلخص فيما يلى الخطوط الرئيسية للنظام المقترح لرفع طاقة
الاستيعاب البشرى للأراضى الجديدة الى أقصى حد ممكن ، لتؤدى
دورا فعالا فى مواجهة الزيادة السكانية المرتفعة :

- تقسيم الأراضى الجديدة الى مناطق اقليمية تضم كل منها عددا
من القطاعات المتجاورة لتكوين مساحات كبيرة مجمعة .

- إعداد خطط الاستثمار الأمثل لكل منطقة اقليمية ، على ضوء
دراسة الدورات الزراعية ، وما يمكن اقامته عليها من صناعات زراعية ،
بالاضافة الى مايمكن اقامته من مشروعات تجارية وسياحية وخدمية ،
على ضوء دراسة كافة الموارد الطبيعية والبيئية ، بكل منطقة اقليمية .
- تحديد إمكانات وأماكن التوسع فى الاستيعاب البشرى ، على
ضوء هذه الخطط .

- إعداد خريطة سكانية لكل اقليم ، على أساس طاقة الاستيعاب
البشرى القصوى .

- تخطيط الهيكل العمرانى الرئيسى لكل منطقة اقليمية ، متضمنا :
أنواع المستوطنات الريفية والحضرية ، وهياكل البنية الرئيسية ، وشبكة
الخدمات .

- وضع السياسات والنظم اللازمة ليتم فى اطارها تنفيذ هذه
الخطط ، ويتضمن ذلك : إعداد النظم الادارية ، ونظم التصرف فى
الأراضى ، ونظم جذب المستثمرين ، وتمويل المشروعات ، وتوفير القوى
العاملة ، ونظم التعليم والتدريب .

- تنسيق الخطط والسياسات الخاصة بالمناطق الاقليمية للأراضى
الجديدة ، فى اطار خطة وسياسة عامة لها ، تنسق بدورها مع مثيلاتها
للأراضى القديمة .

ويتطلب إعداد هذا النظام المقترح اجراء دراسات اقتصادية
 واجتماعية وديموجرافية وعمرانية عديدة ، وتبنى عليها خطط الاستثمار

. وينشأ لكل خمسة مزارع مساحتها ١٠٠٠٠ فدان ، قرية خدمة
تحتوى على مبنى مجتمع - مدرسة تعليم اساسى - مصلى - سوق
تجارى - وحدة علاجية - محطة انتاج حيوانى .

. وينشأ لكل مزارع القطاع قرية مركزية ، تحتوى على : بناء
لمجلس محلى القرية - بنك القرية - نقطة شرطة مركزية - مطافىء -
مدرسة - تعليم اساسى - مدرسة تعليم ثانوى وفنى - وحدة اجتماعية
ريفية - مستشفى ٢٠ سريرا - مقر تنمية المجتمع والجمعية الزراعية -
سوق تجارى - دار ضيافة ومناسبات - جامع مركزى - جراج - محطة
خدمة آلية - محطة وقود وتشحيم - منطقة صناعية - محطة انتاج
حيوانى - مكتب بريد وتليفون وتلغراف - استراحة وناد ريفى .

وقد بلغ عدد القرى التى انشئت فى ظل هذا النظام ٥٧٤ قرية ، فى
الأراضى التى استصلحت ، وينظر أن يصل عددها الى ٢٠٠٠ قرية ،
فى الأراضى الجارى والمقرر استصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ .

ويلخص الجدول المبين بالصفحة التالية الوضع السكانى بالنسبة
للأراضى التى استصلحت حسب نظام التصرف فى هذه
الأراضى .

* ويلاحظ ، بصفة عامة ، أن طاقة الاستيعاب البشرى للأراضى
الجديدة سواء المستصلحة منها أو الجارى والمقرر استصلاحها ، وتصل
الى أقل من فرد واحد للفدان .

وقد يعزى نقص الاستيعاب اساسا الى :

. الحاجة الى خطط تعد على نطاق أوسع جغرافيا ، وأطول زمنيا ،
للاستثمار الأمثل للأراضى الجديدة أخذه فى الاعتبار تكامل الأنشطة
الزراعية والصناعية والتجارية والخدمية ، فى نطاق الأراضى الجديدة
وخارجها .

. الحاجة الى تخطيط التوسع السكانى والعمرانى على أساس
الخطط السابقة .

الوضع السكانى
فى الاراضى المستصلحة

| عدد السكان | نوع المجمعات | نظام التصرف | المساحة | |
|------------|-------------------------------|--|---------|----------------|
| | | | مجمعة | جزئية |
| ٤٦٠٠٠ (٢) | مجتمعات مزارعين | توزيع على صغار الزراع ومن فى حكمهم (١) | فدان | ٢٥٦٥٠٠ |
| | | توزيع على خريجى الكليات والمعاهد | | ٣٠٨٠٠ |
| | | حجم الانتاجية الحديدية والتكنولوجية | | ٥٤٧٥٠ |
| | | اجمالى القطاع الخاص | ٤٤٢٠٥٠ | |
| ٢٤٠٠٠ (٣) | قطاع عام مجتمعات عمال وعاملين | سلمت لجهات حكومية | | ٧٧٥٠٠ |
| | | سلمت لشركات مصرية | | ٣٨٣٢٣٠ |
| | | اجمالى القطاع العام والحكمى | ٤٦٠٧٣٠ | |
| | | منافع ومرافق عامة وبنوار تحت التصرف | | ٩٥٦٠٠ ٣٦٩٠٠ |
| ٧٠٠٠٠ | | | | ١٠٣٥٢٨٠ |

(١) تشمل : أسر المقاتلين الذين استشهدوا أو اصابوا فى الحرب .

أسر الذين نزع ملكيتهم للمشروعات العامة كاهالى النوبة .

أسر الصيادين فى البحيرات التى جففت أجزاء منها .

(٢) قدر عدد السكان على أساس أن الاراضى التى توزع على صغار الزراع توزع بواقع خمسة أفدنة للأسرة (ومتوسطها خمسة أفراد أى أن حمولة الفدان فرد واحد) والباقي يمثلون عدد العاملين بهذه المناطق ، (وأسرم) القائمين بالإشراف وتقديم الخدمات للمزارعين .

(٣) قدر عدد السكان على أساس أن حمولة الفدانين من الاراضى التى تزرع بمعرفة الشركات فرد واحد تقريبا .

الأمن، وما يترتب عنها من خطوات .

« وتصور مبدئى أيضا لما يمكن اتخاذه من اجراءات فى هذا المجال . لرفع طافة الاستيعاب البشرى بالأراضى الجديدة ، يمكن تسميتها الى المناطق الاقليمية السبعة التالية :

– منطقة غرب الدلتا

– منطقة شرق الدلتا .

– منطقة شبه جزيرة سيناء .

– منطقة وسط الدلتا

– منطقة مصر الوسطى والعليا .

– منطقة الساحل الشمالى الغربى .

– منطقة الوادى الجديد وجنوب الوادى .

ويتم تقسيم كل اقليم الى مساحات مجمعة من الاراضى ، تتفق نى طبيعة التربة والمناخ ، حيث يمكن تطبيق دورات زراعية مناسبة ، يراعى فيها أن تشمل على المحاصيل الآتية :

– محاصيل تغذية .

– محاصيل يمكن اقامة صناعات زراعية عليها .

– محاصيل للتصدير .

– محاصيل للانتاج الحيوانى .

– محاصيل الاستهلاك المصلى .

التوصيات

وعند عرض هذه الدراسة على المجلس ، رأى بصفة مبدئية ، التأكيد على الاعتبارات الاساسية فى هذا المجال ، وفى مقدمتها :

• ان أى مركز للنمو . أو مدينة حديثة يجب أن تتيح فرص العمل كشرط مسبق للنمو الذاتى الى جانب بعض العناصر الجاذبة التى تشجع الأفراد على ترك مواطن اقامتهم الحالية .

• أن توفير بنية أساسية ملائمة أمر مطلوب وحيوى ، حتى يكون

بالامكان جذب الصناعة الى الموقع الجديد ، كتوفير شبكات ملائمة للامداد بالمياه وللاتصالات السلكية واللاسلكية ، بالإضافة الى حجم كاف من الطاقة وشبكات نقل جيدة .

أن قيام صناعة ماضى مدينة جديدة ، لا يتم الا اذا توافرت لهذه المدينة سهولة الاتصال بمواقع مستلزومات هذه الصناعة . فالنشاط الصناعى بطبيعته يتطلب القرب من مصادر العمل والأسواق والمؤسسات المتكاملة الأخرى .

وقد أظهرت مناقشات المجلس حول هذا الموضوع مجموعة من الآراء والاتجاهات تخلص فيما يلى :

– أن المشكلة الرئيسية لاتتمثل بالدرجة الاولى فى الزيادة السكانية ، إذ أن مساحة مصر تستطيع استيعاب حجم الزيادة المقدر حتى عام ٢٠٠٠ ، ولكنها تتركز فى قضية توزيع هذه الزيادة على مناطق ومجتمعات جديدة خارج الدلتا وليس داخلها .

– ان توزيع الزيادة السكانية – حتى عام ٢٠٠٠ – سواء على المجتمعات القديمة أو الجديدة ، يحتاج الى تخطيط استراتيجى دقيق ، لتقدير ما يمكن أن يستوعبه كل منها من تلك الزيادة ، خاصة بالنسبة للمجتمع الريفى ، إذ أن القرى الحالية متخمة فعلا بالسكان ، الذين يتجه فانفسهم الى الهجرة سواء الهجرة الى المدن الكبرى أو هجرة قوى عاملة الى البلاد العربية .

– أن نجاح أى تخطيط عمرانى ، يستلزم التوافق بين التخطيط والتنفيذ والوصول الى حلول عملية لتضييق الفجوة بين ما يراء المخططون وما يجريه التنفيذيون .

– أن المجتمع العمرانى فى المدن الجديدة لا يمكن أن يخضع لشكل نمطى محدد ، سواء بالنسبة لتحديد حيزه أو مساحة أرضه الزراعية أو قراها ومشتلاتها ، أو مدنه الزراعية الصناعية . فان هذا التحديد يتعذر تطبيقه على خريطة الواقع فى مصر .

- ان بعض الامتدادات العمرانية التى تمت أو الجارى انشاؤها ليست فى حقيقة أمرها مدنا جديدة ، ولا يمثل مجتمعا مجتمع المدينة بالمفهوم العلمى . ولكنها أنشئت للتنفيس عن مشكلة الاسكان فى مدينة القاهرة ، مثل مدينة نصر ومدينة السلام وهـ١ مايو . وأن المدن التى تدخل فى نطاق اقليم القاهرة الكبرى ليست مدنا جديدة مستقلة ، ولكنها فى حقيقتها مدن توابع مثل مدن : ٦ أكتوبر والأمل ، والعبور .

- أما المدن الجديدة التى يمكن أن ينطبق عليها هذا التعريف فهى : العاشر من رمضان ، والسادات ، والعامرية الجديدة .

وعلى ضوء ماسبق جميعه ، يوصى بمايأتى :

بالنسبة لترشيد السياسات الحالية للمجتمعات الجديدة :

* أن تتم مشروعات المدن الجديدة على مراحل ، تستوعب كل منها من ٢٥ الى ٥٠ ألف شخص مبدئيا - حسب حجم المدينة ، وذلك حتى الوصول الى الحجم المستهدف .

* ان يكون توزيع الأراضى فى المدينة الجديدة على الاستعمالات المختلفة على النحو الذى يتحقق معه أكبر عائد ممكن . حيث ترتبط كفاءة التخطيط العمرانى للمدينة بمدى القدرة على تحقيق هذا الهدف .

* أن تكون نسبة الأرض المباعة أعلى مايمكن ، وذلك لرفع قدرة المجتمعات الجديدة على القيام بتمويل ذاتى من حصيلة مبيعات الأراضى ، باعتباره عاملا حيويا فى نجاحها .

* توفر مستوى مناسب من الخدمات التعليمية بالإضافة الى نظم كاملة للرعاية الصحية . مع خفض تكاليف هذه الخدمات عن طريق : زيادة الكثافات ، وخفض المعايير ، ليتساوى متوسط التكلفة فى هذه المناطق مع نظيره على المستوى القومى .

* ان يقوم القطاع العام بدور الريادة فى تنمية المدن والمجتمعات الجديدة . على أن تستخدم الدولة شركات القطاع العام لتكوين قاعدة صناعية لهذه المدن .

* تركيز الجهود لجذب الصناعات الصغيرة والتى من شأنها توفير عمالة أساسية فى المدن الجديدة .

* ضرورة الاهتمام بجذب الصناعات الكبيرة الى المدن الجديدة . ويمكن دفع المستثمرين الى هذا الاتجاه ، من خلال عدم منح تراخيص صناعية لهم فى مواقع أخرى . وأن يكون ذلك فى اطار القانون رقم ٥٩ لسنة ١٩٧٩ ، الخاص بإنشاء المجتمعات العمرانية الجديدة . مع وضع برنامج يتفق عليه لتنفيذ المشروعات الصناعية ، فإذا لم يتم اتباع هذا البرنامج من من جانب المستثمر ، وإذا لم يتم بتصحيح مايقع من مخالفات فى وقت مناسب ، يكون للجهة المختصة حق استرداد الأرض والغاء عقد الإيجار وذلك لتلافى حدوث المضاربات ، ولضمان قيام الصناعات المرغوبة .

• وفى هذا الاتجاه ينبغي توافر قاعدة كافية من البنية الأساسية ، وإجراءات ادارية ميسرة ، بالإضافة الى توافر مصادر كافية للمواد الخام الضرورية والعمالة الماهرة .

بالنسبة للتوسع العمرانى فى الأراضى الجديدة المستصلحة :

* وضع برامج تنفيذية يتم فى اطارها تنفيذ الخطط المرسومة ، تتضمن :

• البت بحسم فى نظم التصرف فى الأراضى مع ضرورة استقرار هذه النظم .

• توفير العمالة والقوى العاملة المدربة ، وخاصة على الميكنة الزراعية . وسائل جذب المستثمرين ، وطرق تمويل المشروعات الكبيرة التى يمكن ان تتم فى هذه الأراضى .

* تقسيم الأراضى الجديدة - المستصلحة والجارى والمقرر استصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ ، الى سبعة مناطق اقليميه كبيرة ، تضم كل منها عددا من القطاعات المتجاورة ، لتكوين مساحات كبيرة مجمعة .

بالنسبة لاتجاهات المستقبل :

يستدعى الامر ضرورة استكمال هذه الدراسة ، وذلك على النحو الآتى :

* مراعاة الاستفادة من التوصيات السابقة ، وخاصة بشأن تصحيح المسار بالنسبة لما تم انجازه ، وما هو بسبيله الى الانجاز .

* أن يتم انشاء المجتمعات العمرانية الجديدة ، حسب استراتيجية شاملة للتنمية ، وفي اطار خطة عامة واضحة المعالم للتخطيط الحضري والريفي .

وللوصول الى هذا الهدف ينبغى العمل على تحقيق مايتأتى :
- وضع خريطة سكانية على كامل المسطح الجغرافى المصرى ، ويستلزم هذا تحديد امكاناته الطبيعية الكامنة ، شاملة مصادر المياه ومصادر الطاقة ، والأراضى الزراعية والقابلة للاستزراع ، والموارد الطبيعية الفلزية وغير الفلزية ، ولى ذلك تحديد المناطق ذات الامكانات التنموية ومحاو الانتشار السكانى والعمرانى .

وأن توضح لخريطة الأقاليم التخطيطية المتكاملة ، والهيكل العمرانى الرئيسى لكل اقليم ، وهياكل البنية الرئيسية والمستقرات البشرية به ، وكذلك الشبكة القومية للخدمات .

* وضع برامج التنفيذ بحيث يتم انشاء كل من المجتمعات الجديدة على مراحل متلاحقة ، تتكامل كل مرحلة منها فى البنية الاساسية والاسكان والنشاط الاقتصادى والخدمات الاجتماعية مع ضرورة وضع خطة سليمة لادارة التنفيذ .

* وضع معدلات نمطية تقريبية للتصميم والتخطيط بكل اقليم بداية بتصميم الوحدة السكنية الملائمة ونهاية بتخطيط المستقر البشرى مع تحديد المساحات النسبية للأنشطة المختلفة .

*دراسة القوام الاقتصادى للمجتمعات الجديدة ووضع هياكل تمويلها بحيث يتحقق معها استرداد اكبر قدر ممكن من التكاليف .

* اعطاء أولوية لإعداد وانشاء المستوطنات الزراعية الصناعية الجديدة فى الاراضى التى تم استصلاحها والتي تبلغ مساحتها نحو مليون فدان بها ٦٠٠ قرية ، وبذلك يمكن التخطيط لانشاء نحو ٣٠ مستوطنة جديدة وتحديد مواقع المستوطنات الزراعية الصناعية بالاراضى الجديدة والمقرراستصلاحها حتى عام ٢٠٠٠ .

* ان تقتصر مسئولية الدولة بالنسبة للمستوطنات الزراعية والصناعية على اقامة منشآت البنية الاساسية فى اطار التخطيط العمرانى العام ، مع وضع نماذج المباني السكنية والصناعية .

* دعوة المستثمرين والشركات والجمعيات التعاونية الى انشاء الصناعات والمشروعات الاستثمارية بها على أن يقتزن بذلك تعديل النظم الحالية للاقتراض لاستصلاح ومشروعات الامن الغذائى وتسديدها على فترات طويلة مع اعطاء فترة سماح مناسبة .

* التوسع فى توزيع الاراضىالمستصلحة والجارى والمقرر استصلاحها على صغار المزارعين وشباب الخريجين من الجامعات .

* رسم سياسة سكانية سليمة للحد من النمو السكانى المتزايد والذى بلغت نسبته ٢.٨ ٪ عام ١٩٨٣ ، على أن تنفذ هذه السياسة فى مناطق الاراضى الجديدة الى جانب مناطق الاراضى القديمة ، ويتضمن ذلك تطوير النظم الحالية لتنظيم الاسرة والارتفاع بمستوى فعاليتها لمواجهة المشكلة ، ودعم القطاع الاهلى لمساندة جهود الدولة فى هذه الناحية مع تشجيع نظام الاسرة الصغيرة وتخصيص الحوافز المناسبة لها .

* النظر فى تشكيل جهاز مشترك يضم مندوبين عن جميع الوزارات والهيئات المعنية بالتخطيط للاراضى المستصلحة يتولى تنظيم إعداد الدراسات والسياسات والنظم المطلوبة وتنسيقها فى اطار خطة وسياسة عامة للاراضى القديمة . وذلك بالتعاون والتنسيق مع هيئة المجتمعات العمرانية الجديدة .

الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥

السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة

ظل انشاء عواصم الدولة المصرية ، على مدى آلاف السنين - منذ « منف » الى « اون » الى « بابليون » الى القاهرة : - يتم داخل رقعة معينة ، تمثلها الآن منطقة القاهرة الكبرى ، فيما عدا فترات قصيرة من التاريخ . وقد تكونت الجنور الاولى للعاصمة الحالية فى العصر الاسلامى ، حيث انشئت مدينة الفسطاط ، ثم العسكر ، ثم القطائع ، ثم القاهرة المعزية ، كمدن حضارية منفصلة ، ولكن مواقعها أخذت تتصل وتتداخل ، طوال عدة قرون ، حتى توحدت فى شكل مستطيل مندمج يتجه نحو الشمال بصفة أساسية ، كما سجلته خريطة الحملة الفرنسية . ثم بدأ نمو المدينة ، منذ العصر الحديث ، يتجه ببط نحو الغرب وحتى القرن التاسع عشر .

النمو العمرانى والسكانى للعاصمة فى القرن العشرين

أولا : النمو العمرانى :

١- النمو العمرانى الافقى : منذ أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ظهرت عوامل جديدة أدت الى تزايد الاتساع العمرانى للعاصمة تدريجيا حتى وصلت الى وضعها الحالى ، وذلك

على النحو الآتى :

- أدى اكتمال شبكة الترام فى القاهرة الكبرى ، وانشاء الكبارى التى تربط ضفتى النيل الى فتح جبهة نمو جديدة فى الضفة الغربية للنهر .

- فتحت خطوط الترام والسكة الحديدية عدة محاور للنمو العمرانى فى الشمال : محور سكة حديد المطرية ، ومحور ترام شبرا ، ومحور شبكة مترو مصر الجديدة .

كما فتحت عدة محاور للعمران فى الجنوب والغرب : محور سكة حديد حلوان ، محور ترام امبابية ، محور ترام اهرامات الجيزة .

- تعاظمت الوظيفة الاقليمية للقاهرة الكبرى ، نتيجة ربطها بانحاء الاقاليم بشبكة من السكك الحديدية ، اذ تركزت فيها المؤسسات الخدمية الكبرى الادارية ، والتجارية والتعليمية ، والصحية .

- نتج عن اختصاص العاصمة بمعظم المنشآت الصناعية - فى المراحل الاولى لتطور الصناعة المصرية ، فى اعقاب الحرب العالمية الاولى - ان توطنت الصناعة فى أطراف القاهرة الكبرى ، مما أدى الى نشوء تجمعات سكنية حولها ، وتكون مجمع عمرانى متلاحم بالقاهرة الأم .

- أدى اختلاف ظروف نشأة الصناعة فى القاهرة الكبرى الى تعقيد الامتدادات العمرانية فى الاطراف الصناعية للمدينة ، وذلك تحت تأثير اتجاهين :

الاتجاه الاول : ويتمثل فى انشاء المصانع - بتوجيه من الحكومة - منفصلة عن عمران المدينة ، ولكن لم يلبث أن نمت حوله المستعمرات الصناعية ، إما مخططة أو عشوائية .

الاتجاه الثانى : ويتمثل فى هجرة المؤسسات الصناعية من المناطق الداخلية للمدينة - نظرا لارتفاع قيمة أراضيها وصعوبة التوسع الصناعى الأفقى بها - الى الاطراف والضواحي التى تحولت الى

تنخفض ارتفاعات المباني في هوامش المدن في اقسام : المطرية والاهرام والمعادي وشبرا الخيمة وحلوان ، وذلك بسبب انتشار الصناعة في هذه الاطراف ونشأة الاحياء العمالية المنخفضة المباني ، كما اشتملت هذه الاطراف على مجموعة قرى احتواها الامتداد العمراني الحديث وتلاحم معها ، وتتميز بمبانيها المنخفضة .

وبصفة عامة فان ارتفاع المباني في القاهرة الكبرى يعتبر منخفضا اذ يبلغ المتوسط ٢.٣ طابق لكل مبنى ، وتتفاوت نسبة بساطة بين ٢.٤٢ طابق لكل مبنى في مدينة القاهرة ، ١.٩٨ طابق لكل مبنى في مدينة الجيزة و١.٧٦ طابق لكل مبنى في مدينة شبرا الخيمة ، ويرجع انخفاض ارتفاعات المباني والنمو الرأسى في القاهرة الكبرى بالمقارنة بالمدن العالمية للأسباب الآتية :

- أن قطاعات كبيرة من مباني القاهرة تتمثل في الاحياء القديمة والتي تتكون مبانيها من الحوائط الحاملة التي لاتحمل نمو رأسيا لأكثر من خمسة طوابق .

- ظهور أحياء وأقسام جديدة للطبقة الوسطى ، والمستوى المعيشى المرتفع ، تحتوي على كثير من المباني من نمط الفيلات التي لا تزيد على دورين فقط ، مثل مصر الجديدة ومدينة نصر والدقي والعجوزة والمعادي .

- تلاحم عمران القاهرة الكبرى واحتواؤه قرى صغيرة كانت قائمة قبل الحد العمراني الحضرى الحديث وهذه القرى من المباني المنخفضة .

- ظهور مناطق عمرانية نامية بشكل عشوائى وهى خليط من الملكيات الصغيرة والمتوسطة التي لاتملك امكانيات اقامة مباني مرتفعة .

ثانيا : النمو السكاني

(١) تزايد أعداد السكان : كان عدد سكان القاهرة في مطلع القرن العشرين (٧٩٠٩٣٩) نسمة - وذلك طبقا لتعداد سنة ١٩١٧ ، ثم وصل خلال عشرين عاما الى (١٠٣١٢ ، ٠٩٦) نسمة ، كما يتبين من تعداد

مواقع للاستخدامات الصناعية تتخللها الامتدادات العمرانية السكنية . ويتضح من دراسة النمو العمراني الأفقى في القاهرة الكبرى في القرن العشرين ما يلى :

- بلغ اجمالى مآضاه النمو العمراني في القرن العشرين ١١٧.٩ كم^٢ بنسبة ٦٢.٤٪ (ترتفع الى ٦٦.٤٪ باضافة المعسكرات ، وبلغ معدل النمو العمراني الأفقى ٨.٩١٪ سنويا ويبلغ ٩.٤٥٪ باضافة المعسكرات .

- سجلت أكبر نسبة إضافه في الفترة الحديثة من ١٩٥٤-١٩٧٢ ، اذ تجاوزت جملة مساحة الامتدادات العمرانية في هذه الفترة بثلاثة ارباع (٧٧.٦١٪) ما أضافه النمو في القرن العشرين ، يليها الفترة السابقة عليها من (١٩٢٨-١٩٥٤) التي بلغت نسبة النمو فيها ٩.٥٦٪ ، ثم الفترة من ١٩٠٠-١٩١٤ والفترة من ١٩١٤-١٩٢٨ حيث بلغت نسبة النمو ٦.٩٥٪ ، ٥.٩٠٪ على التوالي .

- تختلف نسبة النمو الأفقى من جهة الى أخرى ، وتأتى الجبهة الشمالية في المقام الأول من حيث الامتداد ، وتليها الجبهة الغربية ، ويبلغ ما يخص الجبهتين ٥٤.٨٦٪ ، ٢٤.٣٣٪ على التوالي ، بينما بلغت نسبة النمو في الجبهة الجنوبية ١٤.٨٪ وفي الجبهة الشرقية ٦.٦٥٪ . - تطورت المساحة العمرانية لمجمع القاهرة الكبرى الحضرى من ١٨.٩ كيلومتر مربع في بداية القرن العشرين الى ١٤٤.٥٤ كم^٢ (لاتتضمن كثيرا من استعمالات المرافق كالنقل والمواصلات) .

٢-النمو العمراني الرأسى : غلب على مباني القاهرة الكبرى فيما قبل الحرب العالمية الثانية طابع المباني المنخفضة التي تتراوح بين طابقين وأربعة طوابق ، ثم تخللتها المباني المرتفعة فيما بعد الحرب ، لانتشار استخدام الخرسانة المسلحة بدلا من الحوائط الحاملة .

وفي تعداد ١٩٧٦ تبين ازدياد نسبة المباني المرتفعة في مناطق الاعمال والتجارة لارتفاع قيمة الاراضى وصراع الاستخدامات ، بينما

سنة ١٩٣٧ ، ثم ارتفع خلال السنوات العشر التالية الى (٢.٠٩٠,٦٥٤) نسمة ، تبعا لبيانات تعداد سنة ١٩٤٧ ، ثم تزايد الى (٥.٠٨٤,٤٦٣) نسمة فى تعداد سنة ١٩٧٦ . ثم قفز الى حوالى (١٠ ملايين) نسمة عام ١٩٨٢ ، يمثلون سكان اقليم القاهرة الكبرى .

ويوضح آخر تعدادين لسكان الاقليم أن عدد السكان يتزايد بمعدل ٣٥٠ ألف نسمة سنويا تقريبا ، محققا بذلك معدلات مرتفعة للغاية حيث تعادل هذه الزيادة السنوية جملة سكان بعض المدن المصرية المتوسطة ، وتتطلب توفير مساحات من الاراضى لاستيعابها كل سنة ، تماثل مساحة مدينة من المدن الجديدة الجارى انشاؤها .

وقد ظلت معدلات الزيادة الطبيعية لسكان القاهرة الكبرى مرتفعة من عام ١٩٦٠ نتيجة لاستمرار معدلات المواليد فى ارتفاعها النسبى ، والانخفاض المتواصل لمعدلات الوفيات منذ ذلك الوقت ، وقد بلغ معدل الزيادة الطبيعية لسكان اقليم القاهرة الكبرى ٢.٤ ٪ سنويا خلال نفس الفترة ، وتزايدت هذه المعدلات فى السنوات الخمس الأخيرة حتى وصلت الى ٢.٨ ٪ سنويا .

ويقيم السكان فى الكتلة الحضرية لاقليم القاهرة الكبرى ، والتي تضم جميع أقسام محافظة القاهرة البالغ عددها ٢٦ قسما ، وجميع اقسام مدينة الجيزة البالغ عددها ٦ أقسام ، ومدينة شبرا الخيمة من محافظة القليوبية ، وقد بلغ مجموع عدد سكانها فى عام ١٩٨٢ حوالى ٨.٦ مليون نسمة .

بالاضافة الى ماسبق تضم القاهرة الكبرى بالمفهوم الاقليمى :

ست مدن حضرية : ثلاث منها فى محافظة الجيزة وهى : البدرشين والحوامدية وأوسيم ، وثلاث فى محافظة القليوبية وهى : قليوب ، والخانكة والقناطر الخيرية ، ويبلغ اجمالى تعداد سكان هذه المدن الست فى عام ١٩٨٢ حوالى ٣٠٠ ألف نسمة .

(٢) اقليم القاهرة الكبرى منطقة جذب للسكان : تمثل القاهرة الكبرى أهم مناطق الجذب لتيارات الهجرة الداخلية الحالية والمنتظرة ،

وتعتبر الهجرة الداخلية من أهم الأسباب التى أدت الى ارتفاع معدلات نموسكان القاهرة الكبرى ، ويتضح من دراسة التعدادات السكانية منذ تعداد ١٩١٧ ، أن تيار الهجرة الى القاهرة الكبرى يتزايد باطراد فى حجمه . ويوضح الجدول المبين بالصفحة التالية حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة ومعدلاتها فى الفترة من عام ١٩١٧ الى ١٩٧٦ ، وذلك على مستوى محافظة القاهرة فقط .

ولا يبدو من الجدول أن انخفاض نسبة المهاجرين الى مدينة القاهرة فى عام ١٩٧٦ الى ١٩.٧ فى المائة فقط من سكانها انخفاض حقيقى ، انما يرجع ذلك الى زيادة معدل الهجرة للخارج (حوالى ١٥ مليون فى عام ١٩٧٦) وأن سكان القاهرة يمثلون نسبة عالية من هؤلاء المهاجرين .

وقد اتضح من دراسة اجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عن حركة الهجرة الى القاهرة الكبرى فى الفترة مابين ١٩٦٥ و ١٩٧٠ ، انها استقبلت خلال هذه الفترة هجرة صافية مقدارها ٤٢٩,٠٠٠ نسمة أى ان معدل الهجرة اصبح ٢.١ ٪ سنويا وهو معدل مرتفع للغاية وربما كان مرتبطا بآثار تهجير سكان منطقة قناة السويس . وبذلك يصبح اجمالى معدل الزيادة السنوية لسكان الاقليم ٤.٩ ٪ .

وبالرغم من نقص البيانات الحديثة عن الهجرة الى القاهرة الكبرى ، فان كل الدلائل تشير الى ارتفاع معدلات الهجرة اليها مرة أخرى خلال السنوات الأخيرة ومن المتوقع أن تظل معدلات صافى الهجرة مرتفعة فى السنوات المقبلة .

(٣) التوقعات السكانية : تشير الدراسات السكانية الى أنه من المنتظر وصول عدد سكان القاهرة الكبرى الى ١٦.٥ مليون نسمة سنة ٢٠٠٠ من جملة عدد سكان الحضر فى مصر والذين يقدرون بحوالى ٣٧ مليون نسمة فى نفس العام ، وطبقا لهذه الدراسات سوف يصل اجمالى عدد سكان مصر الى ٦٨ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ بزيادة قدرها حوالى

حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة

١٩٧٦ - ١٩١٧

| التعداد | مهاجرون الى القاهرة | مهاجرون من القاهرة | الهجرة الصافية | معدل الهجرة الاضافية |
|---------|------------------------|-----------------------|----------------|-------------------------|
| ١٩١٧ | ٢٣٦, ١٢٦ | ٧١, ٧٥٦ | ١٦٤, ٣٧٠ | ٢٠, ٥ |
| ١٩٢٧ | ٣٥٦, ٠٢٦ | ٦٥, ٧٠١ | ٢٩٠, ٣٢٥ | ٢٧, ٤ |
| ١٩٣٧ | ٤٣٣, ١٦٠ | ٧٤, ٤٨٧ | ٣٥٨, ٦٧٣ | ٢٧, ٦ |
| ١٩٤٧ | ٧١٠, ٥٠٣ | ٩٤, ٩٣٣ | ٦٠٦, ٥٧٠ | ٢٩, ٤ |
| ١٩٦٠ | ١, ١٩٤, ٢٦٦ | ٢٤١, ٦٠٣ | ٩٥٢, ٦٦٣ | ٠٠, ٠ |
| ١٩٦٦ | ٩٢٨, ٢٩٥ | ٣٠٤, ٦٤٦ | ٨٩٧, ٦٤٧ | ٢٨, ٤ |
| ١٩٧٦ | ١, ٣٦٠, ١٣١ | ٣٦١, ٥٧١ | ٩٩٨, ٥٦٠ | ١٩, ٧ |

٢٥ مليون نسمة عما كان عليه العدد سنة ١٩٨٢ - ويعنى ذلك أن اقليم القاهرة الكبرى سوف يضم حوالى ٤٥٪ من سكان الحضر فى مصر وربع سكان الجمهورية بعد فترة لا تتجاوز خمسة عشر عاما من الآن . وتؤدى زيادة معدلات النمو السكانى فى اقليم القاهرة الكبرى الى كثير من الآثار السيئة التى تتمثل بالدرجة الاولى فى نقص مستوى الخدمات التى تقدم لسكان العاصمة والذين يعيشون فى كثافة سكانية بالغة الارتفاع وصلت الى ٢٣٧٣٧ نسمة فى الكيلومتر مربع على مستوى القاهرة كلها ، وهى تزيد عن مائة ألف نسمة فى الكيلومتر المربع فى بعض الاقسام مثل روض الفرج وباب الشعرية منذ سنة ١٩٦١ ، ويندر أن نجد لهذه الكثافة مثيلا فى العالم كله .

ولعل مما تجدر الاشارة اليه ، أن حركة العمل اليومية ، وما تنطوى عليه من رحلة " العمالة " الى القاهرة - والتى لاتحسب ضمن سكان المدينة - تؤدى بدورها الى مزيد من الاختناقات والمشكلات التى تتعرض لها العاصمة .

مشكلات النمو العمرانى والسكانى

لم يعتمد نمو القاهرة الكبرى - خلال فترة ليست بالقصيرة - على برامج أو خطط علمية ، وكان من نتيجة ذلك ظهور مشكلات عديدة تراكت آثارها على مر السنين ولعل من أبرزها مشكلة النمو السكانى السريع الذى يعتبر مصدر معظم المشكلات الأخرى ، اذ أدى فقدان التوازن بين عدد السكان وبين مقومات وامكانات النمو الحضرى المتاحة ، الى خلق كثير من المشاكل تتمثل فى : انتشار التجمعات العمرانية العشوائية ، والاعتداء على الاراضى الزراعية حول المدينة بل وعلى المساحات الخضراء التى تتخللها ، ونقص الاسكان ، وتصور حاد فى الخدمات والمرافق العامة من نقل ومواصلات ومياه وصرف صحى وغيرها ، وزيادة كبيرة فى تلوث البيئة وصعوبة الحياة فى المدينة .

وتخلص مظاهر هذه المشكلات فيما يلى :

١) الزحف العمرانى على الاراضى الزراعية :

أكل النمو العمرانى للقاهرة الكبرى فى ثلاثة ارباع قرن ، ما يقرب من ٢٥.٤ كم ٢ من الاراضى الزراعية الغنية ، وبلغ قمة فقدان الاراضى الزراعية فى الاطراف الشمالية ، حيث بلغت النسبة ٥٤.٨ / من جملة الاراضى الزراعية المفقودة وباقى الاراضى فى المناطق الشرقية .

ومعظم التعديلات على الاراضى الزراعية تتم فى نطاق المدن الصغيرة والقرى الواقعة فى حدود اقليم القاهرة الكبرى ، وتمثل مواجهة مشكلة التعدى على الاراضى الزراعية هدفا رئيسيا يجب مراعاته فى التخطيط العمرانى للعاصمة ، ليس فقط بسبب ضياع الارض الزراعية ذات الانتاجية العالية ، بل بسبب المشاكل الأخرى المترتبة على ذلك ، حيث أن غيبة التخطيط فى المجاورات السكنية التى نشأت عشوائيا على الاراضى ، قد أوجدت مشاكل يصعب التغلب عليها بالنسبة للمرافق الاساسية من مياه شرب وصرف صحى وطرق ومواصلات ، وكذلك بالنسبة للظروف الصعبة فى هذه المناطق وحولها .

٢) المشكلة الاسكانية :

تأثر معدل انتاج الوحدات السكنية فى العقدين الماضيين تأثرا قويا تبعا للظروف الاقتصادية الخارجية ، فمن حالة ركود خلال السنوات ١٩٦٧ - ١٩٧٣ (وهى فترة تميزت ببطء النمو الاقتصادى) الى طفرة مفاجئة عام ١٩٧٤ نتيجة للنمو السريع فى الموارد الخارجية (نخل قناة السويس وعوائد مبيعات البترول والسياحة والقروض الخارجية وتحويلات المصريين العاملين بالخارج) . وقد انعكس هذا على اقليم القاهرة الكبرى ، حيث نتج عن ذلك معدل نمو سنوى فى المتاح من المساكن يزيد على ٥٪ والمشكلة ليست فى الحصول على مصادر التمويل ، ولكن فى الاستخدام الأمثل لمصادر التمويل المتاحة .

وتعتبر قضية الاسكان من أهم القضايا التى تواجه العمل الوطنى فى الوقت الحاضر ، والتى تتطلب حلا سريعا يسد النقص فى عدد

الوحدات السكنية ويمنع تراكم هذا النقص عاما بعد عام .

وقد بذلت جهود كثيرة لمواجهة هذه المشكلة خلال السنوات الماضية ، كما صدرت تشريعات عديدة تهدف للمشاركة في التغلب عليها بتنشيط الدور الذى تقوم به الأموال الخاصة فى عمليات التشييد والبناء ، بالإضافة الى ما قامت به الدولة من جانبها ببناء عدد وافر من الوحدات السكنية لحدوى الدخل .

ومن الواضح انه بالرغم من كل الجهود التى بذلت ، فما زالت مشكلة الاسكان تلقى ظلها الذى يحدث أثارا اجتماعية ونفسية واقتصادية على فئات كثيرة من ابناء العاصمة ، وخاصة فئات الشباب الذين يتطلعون الى تكوين أسر جديدة تمكنهم من المشاركة فى الحياة الاجتماعية والقرمية بأقل قدر من المعاناة .

وبرغم كل ذلك فقد تفاقمت مشكلة الاسكان فى القاهرة الكبرى ، وبرزت ظاهرة سكنى العشش والمقابر .

وترجع جنور ظاهرة العشش الى العشرينات من هذا القرن ، وأن دلت هذه الظاهرة على الازمة الاسكانية ، فانها تدل بصورة اكثر وضوحا على غيبة القانون والتخطيط العمرانى ، وتوجد العشش أينما توجد أراض غير مستغلة ، ومعظم نطاقات العشش تقع فى زمامات الترع والمصارف ، وكذلك المناطق الأثرية والسكك الحديدية وأراضى طرح النهر ، وقد بذلت الدولة فى أواخر السبعينات عدة محاولات ايجابية نحو ازالة بعض مناطق العشش - مثل عشش الترجمان - ونقل سكانها الى مناطق سكنية جديدة .

وأما ظاهرة سكنى المقابر فهى قديمة ايضا ، ترجع الى العشرينات من هذا القرن وقد تفاقمت فى العقدين الاخيرين ، وساعد على ذلك ملازمة بعض مناطق المقابر للسكنى مثل الاحواش المبنية على هيئة منازل عادية ، وتزويد بعض نطاقاتها بشبكات المرافق الاساسية كالكهرباء والمياه والصرف الصحى .

٥٤

ولقد كان المقدر رسميا فى وقت ما ، أن عدد سكان المقابر فى القاهرة هو ٢٠ ألفا ، فقط لكن تعداد ١٩٤٧ كشف عن ٥٠ ألفا وتعداد ١٩٧٦ عن ١٤٠ ألفا الا أن البيانات المتاحة تشير الى أن العدد الحقيقى يتراوح ما بين ثلاثين ألفا ومائة ألف أسرة ، اوضح التقدير الأخير لكانت نسبة سكان المقابر فى القاهرة ١ : ٢٠ من سكان القاهرة .

٣) قصور وتدهور المرافق :

يرجع قصور وتدهور المرافق الى عجزها عن ملاحقة النمو العمرانى والزيادة السكانية ، إذ اصبحت قاصرة عن مواجهة حاجات سكان القاهرة الكبرى التى تزيد كثيرا عن طاقاتها القصوى التى صممت لها ، مما يؤدى الى مشكلات يومية كثيرة .

مياه الشرب : يصل متوسط الاستهلاك المنزلى الحالى الى ١٣٥ لترا للفرد يوميا ، بينما يصل معدل الاستهلاك شاملا الخدمات ١٨٥ لترا للفرد يوميا وتتراوح نسبة الاستهلاك المنزلى ما بين ٦٣ ٪ ، ٧٣ ٪ ، أما كمية الانتاج فهى حوالى ٢٨٠ لترا للفرد يوميا ، أى أن هناك فاقدا يتراوح ما بين ٢٣ ٪ ، ٣٣ ٪ ، وقد قدرت جملة الاستهلاك عام ٢٠٠٠ ، بما فى ذلك كل أنواع الاستخدامات ، بحوالى ٣٣٠ لترا للفرد يوميا ، وبمتوسط انتاج قدره ٤٠٠ لتر يوميا . وعلى هذا فسوف تصل جملة احتياجات المياه ، باستثناء المدن الجديدة التى لها نظم مستقلة ، الى حوالى ٦ مليون متر مكعب يوميا ، أى ثلاثة أضعاف انتاج عام ١٩٨٢ وهو ٢ مليون متر مكعب .

ونظرا للارتفاع الملحوظ فى مستوى المعيشة ، وتزايد النمو العمرانى والسكانى فى العاصمة ، فقد اصبحت انتاج المياه قاصرا عن تلبية الاحتياجات اللازمة للمواطنين ، برغم أن محطات انتاج المياه تعمل بأكثر من طاقتها التصميمية ، وقد أدى ذلك الى :

• افتقار شبكات المياه فى مناطق الامتدادات العمرانية الى المياه ، فيما عدا ساعات محدودة من النهار .

عن ٣٠ ٪ من الناحية النظرية ، ونتج عن ذلك عدم كفاية الطرق والشوارع لحركة النقل والمرور ، مما أدى الى تصدع هذه الطرق وظهور الكثير من الحفر والمطبات التي ساعدت على زيادة تعقيد مشكلة الحركة فوق هذه الطرق .

النقل والمرور : تعتبر مشكلة المرور في القاهرة من المشاكل الأساسية ، وتبرز على الأخص في منطقة وسط المدينة ، حيث تتجمع الأنشطة التجارية والإدارية والخدمية ، وهي تمثل مشكلة يومية لمعظم مواطني القاهرة ، علاوة على تأثيرها البالغ على الاقتصاد القومي ، بعد أن أصبحت القاهرة من أكثر عواصم العالم ازحاما بالسكان - حيث يبلغ عددهم حوالي ١٠ ملايين نسمة حاليا - وبالركبات التي يبلغ عددها حوالي مليون مركبة بمختلف أنواعها مما أدى الى الضغط على الطرق القائمة التي أصبحت لا تتناسب مع كمية الحركة عليها . ولاشك أن من أسباب هذه المشكلة زيادة معدلات ملكية السيارات الخاصة ، والتي أصبحت ١٢.٨ سيارة لكل ألف فرد ، نتيجة لارتفاع دخل الأفراد .

ويسبب تكديس عشرات الآلاف من وحدات النقل من كافة الأنواع ، فان الحركة الخاصة في منطقة القلب التجاري - بالأخص في ساعات الذروة - تصل الى حد الاختناق ، حتى أصبح فاقد الوقت والجهد والطاقة يقدر بملايين الجنيهات .

وكان من نتيجة ذلك كله ، أن أصبح الخروج من قلب القاهرة الى أطرافها شاقا وعسيرا .

وقد أصبحت القاهرة تنوء بحملها ، فهي علاوة على أنها عاصمة الدولة لا تقتصر خدماتها على سكانها الأصليين ، بل تقدم الخدمات لجميع أقاليم الدولة ، وتضم المراكز الإدارية والحكومية الرئيسية ، بجانب العديد من المراكز التجارية والفنية على مستوى الدولة ، يضاف الى ذلك كله وضعها المتميز على المستوى العربي والأفريقي والدولي .

وقد أدى قصور التخطيط الى ظهور مشكلة ايجاد الاماكن الملائمة

• عدم وصول المياه ، الا بالقدر القليل ، للمناطق الواقعة في نهاية الشبكات .

• ضعف « الضغط » الذي يؤدي الى عدم وصول المياه الى الابوار العليا في شتى المناطق .

• حرمان بعض المناطق من توصيل المياه اليها .

• أعطال متوالية في المحطات ، يصاحبها نقص في ضخ المياه .

الصرف الصحي : صممت الشبكة الأساسية لمجاري مدينة القاهرة في عام ١٩١٢ ، على أساس عدد من السكان يقدر بمليون نسمة ، ونظرا للتطور السريع للمدينة وازدياد السكان والامتدادات العمرانية ، فقد تم عمل امتدادات لمشروع المجارى ، الا انه بحلول عام ١٩٦٥ ، ومع ازدياد السكان وزيادة استهلاك المياه ، والتوسع في انشاء المصانع ، فقد أصبح المشروع القائم غير كاف لاستيعاب التصريفات الكبيرة الواردة له ، حيث تبلغ القدرة الحالية لشبكات ومحطات الرفع بالقاهرة الكبرى حوالي ١.٨ مليون متر مكعب في اليوم ، في حين ان استهلاك المياه يبلغ حوالي ٢.٥ مليون متر مكعب يوميا ، يصل الى شبكات المجارى ٨٠٪ من هذا الاستهلاك ، وهو ما يبلغ نحو ٢ مليون متر مكعب يوميا بما يزيد عن قدرة المرفق حاليا بحوالي ٢٠٠ الف متر مكعب يوميا ، تظهر كطفح في المناطق المنخفضة وفي نهايات الشبكات .

الطرق والشوارع : أدى غياب التخطيط العمراني المتكامل للقاهرة الكبرى الى تزايد نموها بشكل عشوائي غير منسجم ، وقد انشئت معظم طرقها (حوالي ٧٥٪) منذ أكثر من ٥٠ عاما ، وأغلب هذه الطرق لا تتوافر به المواصفات والاشتراطات المناسبة لحركة المرور الحالية ، وقد تراوحت مساحة شبكة الطرق والشوارع ما بين ٢٠٪ و ١٨.٦٪ من جملة مساحة العمران في بداية السبعينات ، بما فيها الشوارع والطرق التي لاتصلح للمرور ، بينما يجب ألا تقل هذه النسبة

أو خطط لها ، فإن المشكلة بصفة عامة مازالت قائمة ، وإن اختلفت حدتها من موقع الى آخر سواء كانت في الانتقال أو الانتظار .

ويرجع تفاقم مشكلة النقل والمرور بالقاهرة الكبرى الى تراكمات سنوات طويلة ماضية ، ساء فيها عدم التقدير السليم للوضع مستقبلا .

الخدمات الادارية : لاشك ان التاريخ الطويل للإدارة المركزية للقاهرة ، قد أدى الى سيادتها المطلقة كمركز إداري وحضاري وثقافي على المستوى القومي ، فهي تضم ٥٩٪ من العاملين في الخدمات ، و٤٥٪ من الخدمات التجارية ، و٦٠٪ من عدد طلبة التعليم العالي على مستوى الجمهورية . وبالرغم من المحاولات الرسمية لارساء قواعد اللامركزية ، فإن القاهرة لازالت تستأثر بالنصيب الأكبر من الأنشطة الاقتصادية عدا الزراعة ، وعلى سبيل المثال : مازالت القاهرة تستأثر بأكثر من نصف الاستثمارات المخصصة لقطاع الصناعة على المستوى القومي .

وتوضح الأرقام التالية مدى تركيز الخدمات في القاهرة ، في آخر الستينات ، مما يعد دليل على أن العاصمة لم تزال منطقة جذب للطاقة البشرية انتاجية واستهلاكية ويتبين منه ان كثافة البيروقراطية في العاصمة تعادل كثافتها القومية ثلاث مرات على الأقل :

درجة التركيز البيروقراطي في القاهرة في أواخر الستينات

نسبة موظفي الدولة ٣٠,٠٪

نسبة المهندسين الزراعيين في القاهرة ٥٣,٠٪

نسبة الاطباء البشريين في القاهرة والجيزة ٥٢,٢٪

نسبة الاطباء البيطريين في القاهرة والجيزة ٤٨,٢٪

نسبة المهندسين الجامعيين في القاهرة والجيزة ٥٨,٧٪

ويبدو أن التركيز البيروقراطي قد زاد، ولم ينقص ، منذ الستينات الى الثمانينات ، ففي سنة ١٩٨٠ بلغ عدد موظفي الكادر العام في الجهاز الحكومي بالقاهرة نحو ٧٠٨ آلاف تمثل ٣٩,٤٪ من العمالة الحكومية . وتأتي الجيزة وراء القاهرة بنسبة ٧,٨٪ بحيث بلغ نصيب القاهرة والجيزة معا ٤٧,٢٪ من المجموع القومي ، أي نحو النصف .

لانتظار السيارات ، بسبب عدم توافر مساحات وأماكن الانتظار الكافية ، الأمر الذي دفع كثيرا من قائدي السيارات الى مخالفة تعليمات الانتظار في بعض المحاور ، وهو أمر تصل فيه نسبة الأماكن المقطوعة عمليا للانتظار الى حوالي ٤٠٪ من مساحة الطريق ، مما يؤثر تأثيرا حادا على انسياب المرور ، ويؤدي الى استنزاف قدر كبير من جهد رجاله .

وقد شهد اقليم القاهرة الكبرى زيادة ضخمة في أعداد السيارات والمركبات في خلال السنوات العشر الأخيرة (١٩٨٣/٧٣) فقد كان عدد السيارات الخاصة عام ١٩٧٣ حوالي ٨٧.٣٨٠ سيارة وسيارات الأجرة ١٧.٦٠٧ سيارة بإجمالي قدره ١٠٤.٩٨٠ سيارة بمتوسط ١٥.٨٪ لكل الف نسمة ، بينما بلغ عدد السيارات الخاصة عام ١٩٨٣ حوالي ٣٥٠.٥٢٠ سيارة ، وسيارات الأجرة ٥١.٥١٠ سيارة ، بإجمالي قدره ٤٠٢.٥٣٠ سيارة بمتوسط ٤٢.٨ سيارة لكل الف نسمة . ومن المقدّر ان يزيد عدد السيارات الخاصة والأجرة عام ١٩٨٧ الى ٧٠٣.٠٠٠ سيارة ، بمتوسط ٦٦.٢ سيارة لكل الف نسمة ، كما انه من المقدّر ايضا ان يتراوح عدد السيارات الخاصة والأجرة عام ٢٠٠٠ ما بين ١.٣٠٠.٠٠٠ سيارة و ١.٨٣٠.٠٠٠ سيارة بمتوسط يتراوح ما بين ١٠٧.٦.٧٩١ سيارة لكل ألف نسمة .

وعلى ضوء ما تقدم أصبحت مشكلات النقل والمرور من السمات الرئيسية لمدينة القاهرة عند مقارنتها بعواصم العالم الأخرى المماثلة في الحجم والظروف الاقتصادية والاجتماعية وأصبح الانتقال من مكان الى آخر من الصعوبات اليومية التي يعاني منها المواطن ، سواء كان مالكا لسيارة خاصة أو مستخدما لوسائل النقل العام أو باحثا عن سيارة اجرة ، أو سائرا على قدميه .

وبرغم العديد من مشروعات البنية الأساسية التي نفذت لخدمة قطاع النقل والمرور في اقليم القاهرة الكبرى ، في خلال السنوات العشر الماضية ، بجانب العديد من الكبارى العلوية التي نفذت أو يجري تنفيذها

ويوضح الجدول التالي مدى تركيز عناصر الانتاج والاستهلاك والخدمات في القاهرة :

نصيب القاهرة / في بعض عناصر الانتاج والاستهلاك والخدمات
(١٩٦٠ ، ١٩٦٨)

| النسبة القاهرة | البند |
|----------------|--------------------------------|
| ٤٢ | المنشآت الصناعية (+ ١٠ عمال) |
| ٢٧ - ٢٠ | الصناعات الكبرى |
| ٤٠ | عمال الصناعة |
| ٢٦ | رأسمالي الصناعة |
| ٢٣.٧ | الاطباء |
| ٢٤.١ | المحال التجارية ، قطاع خاص |
| ٧٥.٩ | الصيدليات |
| ٥٧.٧ | المؤهلات العالية |
| ٦٠ | وسائل النقل الميكانيكي |
| ٥٥ | السيارات الخاصة |
| ٤٠ | التاكسي |
| ٤٥ | الاوروبيسات |
| ٣٨ | اللوريات |
| ٥٦ | الموتوسيكلات |
| ٥٧ | عدد التليفونات |
| ٣٢ | القوة الشرائية |
| ٤٨ | استهلاك اللحوم |

ويتبين من الجدول أن حصة القاهرة لاتقل عن نصف الكم الصناعي الوطني جميعا ، وإن كانت نسب العمالة أو المنشآت الصناعية أو رأس المال الصناعي دون النصف بدرجات مختلفة .

الرعاية الاجتماعية والصحية :

انخفضت حصة الفرد من الرعاية الصحية والترفيهية كما انخفض نصيب مساكن القاهرة من المساحات الخضراء والمناطق المكشوفة ،

برغم التلوث الذي يهدد المدينة ، حيث أصبحت القاهرة ، طبقا لتقديرات الأمم المتحدة ، من أخطر مدن العالم في نسبة تلوث البيئة ، نتيجة ازدياد المساحات المأوى ، وارتفاع درجة التزاحم والكثافة السكانية الى درجة مرهقة ، وأن دخان المصانع المحيطة بالقاهرة من كل جانب ومخلفاتها ، والعوادم والغازات من السيارات وغيرها من وسائل النقل تزيد من معدل تلوث الهواء ، خاصة في مناطق التكدس العمراني . ان تخلف التخطيط العمراني أو غيابها تماما عن كثير من المناطق ، قد أسهم في التدهور الذي أصاب البيئة في القاهرة ، ويبدو ذلك في التداخل الخطير بين المناطق الحضرية والريفية ، وتوسع القاهرة وامتداداتها على حساب الريف ومناسقه الخضراء وموارده الطبيعية ، وهجرة أهل الريف الى المدينة ، مما أوجد كثيرا من المشكلات ، وخاصة نقص المرافق وعجزها وعلى سبيل المثال ، فإن تركيز بعض الصناعات الثقيلة في منطقة حلوان جعلها منطقة صناعية أكثر منها علاجية ، بعد أن كانت تشتهر في الماضي بكونها مشفى راق متميز ، ومصفا للعلاج الطبيعي بفضل ما تتمتع به من مياه معدنية وكبريتية وهواء نقي جاف ، إلا أن دخان المصانع قد تسبب في تلوث أجوائها . ورغم أن المعدلات العالمية تحدد نصيب الفرد من المساحات الخضراء بما يتراوح بين ١٢ مترا و ١٦ مترا مربعا ، فإن هذه المساحات في القاهرة كانت ضحية عدوان صارخ ابتلع معظم حدائقها ومساحاتها الخضراء

تلوث البيئة :

كان محصلة التكدس السكاني والعمراني وتدفق النقل الميكانيكي في الداخل مع اختفاء المساحات الخضراء ، ثم الحصار الصناعي المحكم من الخارج - أن ارتفعت نسبة التلوث في جو القاهرة الى أكثر من معدل الأمان المسموح به دوليا ، فبالإضافة الى غبار المقطم والتلال الجرداء ورمال الصحراء ، ينطلق عادم أكثر من نصف مليون سيارة تزحف على الشوارع ، ودخان أكثر من ١٢٠ مدخنة ضخمة للمصانع الكبرى المحيطة . وقد بلغت تركيزات دخان عوادم السيارات ، بما فيها

عنصر الرصاص ، بشوارع وسط القاهرة ١٠ أمثال المتوسط العالمى ، وتزايد هذه النسبة بصفه مستمرة ، بينما تتناقص بمعدلات مرتفعة فى معظم مدن العالم .

كذلك أدى وجود خط للسكك الحديدية يمر بالقاهرة الكبرى الى زيادة نسبة العوادم الناتجة عن احتراق الوقود حتى بلغت طبقا للتقديرات الحديثة حوالى ٢٨٧ طنا من ثانى اكسيد الكبريت و ١٠٤٥ طنا من أول اكسيد الكربون و ٢١٩٢ طنا من اكسيد النتروجين و ٣٤٥ طنا من الهيدروكربونات . وبذلك يصل وزن كميات العوادم الناتجة عن مرور ذلك الخط الحديدى بالعاصمة الى ٣٩٦٩ طنا سنويا .

وقد اعتبرت القاهرة ، طبقا لبيانات الأمم المتحدة ، من أعلى مدن العالم فى درجة تلوث البيئة .

نحو تخطيط عام للقاهرة الكبرى

لعله من المناسب دراسة الأفكار التى طرحت فى الماضى بشأن تخطيط القاهرة الكبرى وتعديلها حتى تتناسب مع الاحتياجات الحالية وتنمى مع أغراض التخطيط العام الحالى . ويوجد العديد من الأسس العامة والمفاهيم المختلفة وراء التخطيط العام الذى وضع عام ١٩٧٠ وأهمها :

١ . إقامة مدن جديدة تتمتع بالاكتمال الذاتى ، وتكون بمثابة مراكز جذب تستقطب القادمين من المهاجرين الجدد للقاهرة الكبرى ، وتخفف الضغط عنها .

٢ . احتواء الكتلة الحضرية الحالية للقاهرة الكبرى فى نطاق يهدف الى وضع حد للزحف العمرانى على الاراضى الزراعية ووضع الكتلة العمرانية الرئيسية فى حجم يمكن السيطرة عليه وتوجيهه .

٣ . وقد أدت الصعوبات الناتجة عن الارتفاع فى تكاليف إقامة مجتمعات جديدة على مسافات بعيدة من مراكز النشاط الاقتصادى القائمة - لتعديل مفهوم الاكتفاء الذاتى الى مفهوم المدن التابعة مثل مدن ٦ أكتوبر ، والعبور ، ١٥ مايو . ويتضمن هذا المفهوم الجديد خفض المسافات بين المدن الجديدة والكتلة العمرانية الرئيسية ،

للاستفادة من امكاناتها ، خاصة فى المراحل الأولى من التنمية .

اما فكرة انشاء طريق دائرى حول القاهرة الكبرى التى برزت فى التخطيط العام لسنة ١٩٧٠ ، فقد قصد بها - إلى جانب خدمة أغراض النقل - احتواء التوسع العمرانى والحد من النمو فى اتجاه الاراضى الزراعية ، على اعتبار أن الطريق الدائرى سيمثل حاجزا طبيعيا يحد من هذا النمو .

وقد دلت تجارب الماضى على أن التجمع الحضرى الذى تتوافر له طاقة اقتصادية عالية مثل القاهرة الكبرى ، لا يمكن احتواؤه والسيطرة على نموه دون بدائل مناسبة لاحتياجات النمو .

وهذا ولا ينفى اغفال فكرة ايجاد عوائق طبيعية امام نمو المدينة ، فالحاجة الى الحد من النمو المتصل بالكتلة العمرانية امر يحظى باهتمام كل المخططين وواضعى السياسات .

وهناك مفهوم ثالث يتعلق بالتدرج الهرمى للخدمات ، إذا أن التدرج فى إمداد أى مجتمع بالخدمات (خدمات مركزية - خدمات محلية - وغيرها) من شأنه أن ييسر استفادة السكان من هذه الخدمات الى اقصى حد ممكن .

الاستراتيجية الحالية :

تهدف الاستراتيجية الحالية الى : الحد من المركزية والامتداد العشوائى وتوجيه النمو العمرانى الى الاراضى الصحراوية ، والحفاظ على المقومات البيئية والمواقع الطبيعية مثل شواطى النيل والمناطق الأثرية وذات الطابع الخاص . كما تهدف أيضا إلى تخفيف الكثافات السكانية الحالية ، عن طريق نقل بعض الأنشطة الى مناطق جديدة فى الاراضى الصحراوية ، مع الاستفادة بهذه المسطحات فى توفير الخدمات اللازمة للسكان ، ورفع مستوى البيئة ، وتخفيف التكدس السكانى .

وتتمثل هذه الاستراتيجية فى ثلاثة عوامل رئيسية :

١ . المدن الجديدة : من الأهداف الأساسية التى تسعى المدن الجديدة الى تحقيقها أن تكون مراكز جذب لامتناس المهاجرين الجدد

الى منطقة القاهرة الكبرى ، فى محاولة للانتشار وعدم التركز ، لذا فيجب أن تكون هذه المدن مكتفية ذاتيا . ولكن الصعوبات الناشئة عن ارتفاع تكلفة اقامة مجتمعات جديدة بعيدة عن المراكز الاقتصادية القائمة ، وعدم توفر التمويل اللازم - أدت الى ضرورة التأكيد على اقامة المدن التابعة مثل : مدينة السادس من أكتوبر ، ومدينة العبر .

المستوطنات الجديدة : وتمثل مستوى عمرانيا جديدا - فيما بين المدن الجديدة من ناحية ونمو المدن التابعة من ناحية أخرى - ويمكن ان تقدم هذه المستوطنات الجديدة بديلا مناسبيا عن الاسكان العشوائى الذى يقام فى الأراضى الزراعية . ولا ينبغي أن يتجاوز عدد سكان أى من تلك المستوطنات ٢٥٠ ألف نسمة ، وأن تكون نشأتها بالقرب من الكتلة العمرانية بما يحقق الأغراض التالية :

- وقف النمو الحضرى الملاصق للتجمع العمرانى الرئيسى للقاهرة الكبرى ووقف الزحف العشوائى لمواحيه .

- ايجاد بديل حقيقى ومناسب للاسكان العشوائى فى الاراضى الزراعية .

- الاقتصاد فى النفقات العامة وتوجيه استثمارات القطاع الخاص نحو المشاركة فى الامداد بالمرافق .

لذلك ينبغي أن تنشأ المستوطنات الجديدة حول المدن الجديدة أو قريبة منها ، حتى يمكن لتلك المستوطنات أن تستفيد فى بداية نشأتها من المرافق والبنية الاساسية الخاصة بخدمة المدن الجديدة ، وذلك حتى تتوافر لها المرافق والخدمات الخاصة بها .

ومن المستهدف اقامة عشرة تجمعات جديدة ، يبلغ أقصى تعداد سكانى لكل منها ٢٥٠ ألف نسمة ، بالقرب من التجمعات الحالية وخارج الطريق الدائرى على أن يتم دراسة مواقع هذه المستوطنات بحيث يكون لكل منها طابعها الخاص، مع الاقتصاد فى تكاليف المرافق .

محاور التنمية : وهى وسيلة لنشوء حركة تنمية عمرانية نشطة فى المناطق المحصورة بين الكتلة العمرانية الرئيسية للقاهرة الكبرى وبين المدن الجديدة البعيدة عنها ، وتتحدد محاور التنمية - أو المناطق التى

تصلح للامتداد العمرانى بها - الى حد كبير ، بالعوائق الطبيعية (تلال وكتبان رملية وغيرها)

وفى معظم الحالات تحتل مواقع المدن الجديدة ، مراكز هذه المحاور ، بالإضافة الى أن وجود هذه المدن الجديدة ، بما تحققه من تبادل النشاط مع مناطق أخرى - يوفر امكانية اقتصادية مناسبة لاقامة مستوطنات جديدة على هذه المحاور . ومن المقترح أن يتم توزيع الزيادة السكانية على خمسة محاور للتوسع خارج التجمع الرئيسى للقاهرة ، هى : المحور الغربى وهو طريق الاسكندرية الصحراوى ، والمحور الشمالى وهو طريق بلبيس الصحراوى ، والمحور الشرقى وهو طريق القاهرة السويس ، ثم يليه محور القاهرة القطامية العين السخنة ، ثم المحور الجنوبى وهو محور المعادى حلوان .

على انه ينبغي ادراك ان محاولة تحقيق اللامركزية وانتشار الكتلة الرئيسية للقاهرة الكبرى ، لن تعطى النتائج المرجوة مالم يصاحبها تنظيم شامل للاقليم ككل ، وعلى أن يسمح ذلك التنظيم الاقليمى بإيجاد تجانس فى الأوضاع والظروف المعيشية فى كافة انحاء الاقليم .

تجارب بعض الدول فى مواجهة التضخم العمرانى والسكانى

واجهت بعض الدول مشكلة معاناة عواصمها من ظاهرة التضخم العمرانى والسكانى - بالأخذ بأحد الأسلوبين الآتين :

أولا : نقل العاصمة إلى مدينة جديدة :

لجأت بعض الدول الى علاج ظاهرة التضخم العمرانى والسكانى لعواصمها بنقل هذه العواصم الى مدن جديدة تبعد عن العاصمة القديمة بمسافات لاتسمح باتصال الامتداد العمرانى بين المدينتين ، وقد شهد هذا القرن عدة أمثلة لدول نقلت عواصمها الى مدن جديدة أعدت لذلك ، بناء على قرار سياسى ، ومن بين هذه الدول : البرازيل وأستراليا ، وباكستان ، والتى عانت من خلل شديد فى توزيع سكانها ، حيث كان معظم السكان يتركزون فى مساحات محدودة مع وجود مساحات شاسعة غير مأهولة ، ومن ثم استدعت الحاجة ايجاد نوع من التوازن بإعادة

توزيع السكان وتوسيع مناطق العمران داخل كل منها . ومن أمثلة ذلك :
برازيليا (البرازيل)

تتكون البرازيل من اقليمين رئيسيين شديدي التباين ، الاول الاقليم الساحلى ، وتتركز فيه الغالبية العظمى من الأنشطة الاقتصادية ، والثانى الاقليم الداخلى وهو أكبر مساحة ، وبه كثير من الموارد الاقتصادية غير المستغلة ، وتسكنه قلة من السكان ، وكانت العاصمة التاريخية للبرازيل هى مدينة " باهيا " التى ظلت مزدهرة لمدة طويلة بسبب زراعة قصب السكر التى كانت تتركز فى شمال شرق البرازيل ، ثم انتقلت العاصمة الى مدينة ريو دى جانيرو بتحول النشاط الرئيسى من الزراعة الى التعدين . بحثا عن الماس ، فأصبحت ريو دى جانيرو مركز الثروة ونقطة الدخول الى عمليات التعدين ، وفى عام ١٨٨٢ اقترح نقل العاصمة الى الداخل فى موقع متوسط بين الأنهار الثلاثة العظمى للبرازيل . وفى عام ١٩٦٠ انتقلت الحكومة المركزية الى هذه المدينة التى تم تخطيطها وبنائها بسرعة لتكون العاصمة الجديدة . ولقد اعتمدت فكرة انشاء برازيليا على أسباب سياسية قوية لدولة تهددها الضغوط الناشئة عن عدم التوازن الاقليمى ، والذى نتج عنه صعوبة السيطرة الادارية ، هذا بالإضافة الى أن مدينة - ريو دى جانيرو ، بالرغم من شخصيتها المميزة ، لم تعد تصلح مقرا للحكومة بسبب كثرة مشاكلها . وقد كان من أهداف نقل العاصمة الى داخل البلاد ، تنمية المناطق الجديدة لتتكامل بالتدرج مع المناطق التى قطعت شوطا فى مجال التنمية - وبالتالي تنمية الدولة ككل - بحيث تصبح قوة فعالة تسهم فى عملية التوزيع العادل للثروة القومية .

كانبرا (استراليا)

أما بالنسبة لاستراليا ، فحينما قررت الولايات الاسترالية الستة تكوين اتحاد فيدرالى عام ١٩٠٠ ، تقرر ايضا انشاء عاصمة جديدة لتكون مقرا للحكومة وبحيث تكون (رمزا ونقطة للتجمع الوطنى ومفخرة قومية) .

ورغم ان الضغوط الاقتصادية والاجتماعية فى استراليا فى ذلك

الوقت (عام ١٩٠٠) لم تكن بنفس قوة الضغوط التى حدثت فى البرازيل أو باكستان ، الا أن انشاء عاصمة جديدة لهذه الدولة الفتية كان أمرا هاما يتعدى مغزاه مجرد انشاء مدينة جديدة الى خلق فكرة يمكن أن يجمع حولها مواطنو الدولة الذين يعيشون فى مختلف المناطق النائية ، وعلى هذا الاساس خططت " كانبرا " لتكون مركزا واحدا يتم فيه تركيز وتنسيق الجهود التى كانت موزعة من قبل على عواصم الولايات الستة ، والتى كانت مقرا للنشاط الاقتصادى والصناعى منذ نشأة هذه الولايات ، واستمر ذلك مدة طويلة حتى أنه فى عام ١٩٥٤ كان ٥٤٪ من سكان استراليا يعيشون فى هذه المدن الستة ، والتى كانت أصلا عواصم الولايات الاسترالية ، لذا فلم يكن عجيبا أن تحقق كانبرا فى تحقيق الآمال التى صممت من أجلها ، خلال الخمسين سنة الأولى ، فحينما أعلن اختيارها عاصمة عام ١٩١٢ لم تكن سوى قرية صغيرة ، الا أنه حتى عام ١٩٤٦ بدأت تلعب دورها القومى واستقرت بالفعل كمدينة حقيقية عام ١٩٥٨ .

وبوصفها العاصمة فقد اتخذت مقرا للبرلمان والادارات المركزية والمؤسسات العامة والخاصة ، والجامعة القومية والمكتبة القومية وأكاديمية العلوم وسائر المؤسسات التعليمية ، وأصبحت فى السنين الأخيرة عاصمة حقيقية لاستراليا .

اسلام أباد (باكستان) :

فى عام ١٩٤٧ حصلت الباكستان على استقلالها بانفصالها عن الهند وأصبحت دولة مستقلة رغم تكوينها جغرافيا من اقليمين منفصلين (باكستان الشرقية وباكستان الغربية) . ونظرا للظروف الخاصة التى مرت بها عملية الانفصال فلم تكن هناك مدينة تصلح للقيام بالدور الادارى والثقافى الذى يليق بالعاصمة - بالإضافة الى الحاجة لخلق رمز جديد للاستقلال - لانشاء العاصمة الجديدة " اسلام أباد " التى استهدف منشؤها على المدى البعيد تحقيق الأهداف التالية :

- أن تكون رمزا قوميا للدولة الجديدة .

- أن تخفف من المشاكل والضغوط التى تتعرض لها كراتشى ، مما

يمكنها من القيام بنورها بطريقة أكثر فاعلية وسهولة ، وذلك بوصفها المركز الصناعى والاقتصادى الرئيسى للباكستان .

- وجود مدينة جديدة يمكن أن تكون مثلاً يحتذى فى تجديد المدن القائمة أو انشاء المدن الجديدة.

أما على المدى القريب فقد كان مستهدفاً أن تصبح " اسلام آباد " مركزاً لكثير من الأنشطة الادارية المتفرقة ، ولكى تكون مقراً للمركز القومى للثقافة والجامعة القومية للباكستان .

وساعد على سرعة اتخاذ قرار انشاء المدينة المشاكل التى كانت تعانيها " كراتشى " . لذلك فقد شهد عام ١٩٥٩ اجتماع اللجنة التى شكلت بقرار جمهورى لتحقيق هذه الفكرة .

وبالاضافة الى الأمثلة الثلاثة السابقة فإن أنقرة يمكن أن تعتبر مثلاً لعاصمة جديدة للدولة ، بنيت فى القرن العشرين ، ولكنها أصلاً كانت مدينة قديمة ، ويمكن اعتبار الأسباب التى أدت الى نقل العاصمة من أسطنبول الى أنقرة ، شبيهة بالأسباب التى أدت إلى انشاء برازيليا لتكون عاصمة جديدة للبرازيل ، ألا وهى ايجاد مقر جديد للحكومة يكون له دلالة قومية ، بعيداً عن الضغوط التقليدية التى قد تعرقل عملية التحديث للدولة بأسرها ، بالاضافة الى المساهمة فى تحقيق عملية التنمية المتوازنة .

ثانياً : الحد من التركز فى العاصمة :

لجأت دول أخرى الى الحد من مشاكل عواصمها ، عن طريق العمل على الحد من التركز السكانى والعمرانى بهذه العواصم ، وذلك بإنشاء مناطق جذب حول العاصمة ، يكون من شأنها تحويل كافة الأنشطة والصناعية والخدمية من داخل العاصمة الى مدن جديدة تنشأ حولها لهذا الغرض ، وتوفر لها كثيراً من المزايا التى تجعل منها مناطق جذب للأنشطة المختلفة ، ومن ثم للسكان ومن أمثلة ذلك : لندن ، وباريس .

لندن : كان من نتيجة كثرة مشاكل مدينة لندن - مثل تكس الأنشطة وكثرة عدد المرتحلين الى أعمالهم يومياً - أن تم إعداد مخطط عام ١٩٤٤ لتخفيف العبء عن المدينة ، وذلك بإقامة ثمان مدن جديدة

حولها خارج ماسعى بالحزام الأخضر ، لامتصاص الزيادة السكانية واجتذاب المهاجرين الى العاصمة ، بالاضافة الى الحد من انشاء صناعات جديدة فى لندن أو التوسع فى الصناعات القائمة . واستكمالاً لهذه السياسة ، تقرر اتباع سياسة اقتصادية أكثر فاعلية فى الاقاليم الأخرى للدولة ، وتوفير امكانيات النمو للمدن القائمة ، بحيث يساعد ذلك فى تخفيف الضغط على العاصمة . وكان من نتائج هذه السياسات ان استقر وثبت حجم لندن بعد أن كانت تنمو بمعدلات كبيرة .

باريس : تبين من احصائيات ١٩٦١ مدى تدرى الظروف المعيشية فى مدينة باريس ، ويرجع السبب فى ذلك الى بعض الأخطاء التخطيطية ، بالاضافة الى التركيز الشديد للأنشطة ، وكانت أهم المشاكل : تكس السكان ، وارتفاع نسبة الازدحام فى الغرف ، بالاضافة الى وجود كثير من المساكن غير المتصلة بالمرافق . وقد قدرت الوحدات السكنية المطلوبة لمواجهة الزيادة السكانية وتحسين الاحوال بحوالى ٧٥.٠٠٠ وحدة سنوياً ، كما ظهرت مشكلة قصور الخدمات فى أطراف المدينة نتيجة تركزها فى منطقة الوسط . وقد اتبعت سياسة اللامركزية الصناعية منذ عام ١٩٤٩ ، بتحويل الأنشطة الى خارج المدينة ، واعطاء منح وحوافز لكل من يحول أى نشاط صناعى الى استعمال سكنى أو مدرسة . وكان لهذه الاجراءات اثر واضح فى الحد من مشكلات المدينة ، بالاضافة الى انشاء خمس مدن جديدة حول العاصمة ، الى جانب الامتدادات المخططة لاستيعاب الزيادات السكانية .

الخلاصة :

وتخلص معطيات الدراسة فى : أن مشكلة القاهرة الأساسية ، وهى الزيادة السكانية ، ترجع الى عاملين أساسيين هما :
١. الزيادة الطبيعية : وتبلغ حوالى ٢٥٠.٠٠٠ نسمة سنوياً .
٢. الهجرة الداخلية : وتبلغ حوالى ١٠٠.٠٠٠ نسمة سنوياً .
وبالنسبة للزيادة الطبيعية ، فتبذل الجهود على كافة المستويات لتنظيمها ، أما بالنسبة للهجرة فهناك دراسات كثيرة أجريت حولها . ومع ذلك فإن الأمر يقتضى تحديد مايتأتى : -

، دوافع وأسباب الهجرة ، وأهمها الظروف التي تدفع المهاجر للقيدوم الى القاهرة .

، دراسة التجارب العالمية لوضع استراتيجية لمواجهة الهجرة المستمرة ، سواء على المدى البعيد أو المدى القريب .

ولاشك أن لتركيز الأنشطة الادارية دورا كبيرا في تكديس العاصمة ، بالإضافة الى مراكز تجارة الجملة والمصانع والفنادق والمنشآت الثقافية والتعليمية والترفيهية . وتحمل الوزارات والمصالح الحكومية والأنشطة التجارية منطقة وسط المدينة ، وتتسبب بذلك في إرباك حركة المرور بشكل واضح خاصة في أوقات الذروة ، الأمر الذي يدفع الى التفكير الجاد في ضرورة نقلها الى مراكز المدن الجديدة ، أو مراكز ادارية جديدة مرتبطة بهذه المدن ، تحقيقا لفكرة اللامركزية .

وتشير بعض اتجاهات الرأي العام إلى ضرورة الإبقاء على مدينة القاهرة عاصمة سياسة لمصر ، وذلك لأسباب متعددة ، يأتي في مقدمتها :

، موقع القاهرة الاستراتيجي المتميز بتوسطه للبلاد .

، تراث القاهرة التاريخي والحضاري الضخم الذي ورثته على مدى عصور التاريخ ، ويندر أن تتمتع بمثل مدينة أخرى في العالم .

ولكن الضرورة تستدعي - مع هذا - العمل بحزم وسرعة على ما يأتي :

، منع النمو العشوائي للمدينة ، وإيقافه عن حد معين دون توسعات جديدة .

، التصدي للزيادة السكانية في المدينة وما يترتب عليها من مشكلات كثيرة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها في اجتماع المجلس من مناقشات مستفيضة تناولت بالتفصيل المشكلات التي تعاني منها " القاهرة الكبرى " وكذلك على ضوء دراسات المجلس السابقة بشأن موضوعات : الاسكان والتعمير والسياسة السكانية ، والتنمية الاقليمية ،

استقر رأي المجلس على أن تتم مواجهة هذا الموضوع من خلال سياستين :

، سياسة عاجلة : وتهدف الى التخفيف عن القاهرة بإحداث نوع من الخلطة في أحيائها المزدهمة .

، سياسة طويلة المدى : وتهدف الى انشاء مقر اداري للدولة خارج القاهرة الكبرى .

وبناء على جميع ماسبق يوصي المجلس بما يأتي :

أولا : في شأن السياسة العاجلة :

* سرعة رفع الأعباء عن كاهل : القاهرة بإحداث نوع من " الخلطة " في أحيائها المزدهمة بالسكان ، وذلك عن طريق الاجراءات الآتية :

- عدم الترخيص بإنشاء مبان أو منشآت ذات ارتفاعات معينة داخل المدينة للتخفيف من الازدحام .

- حظر انشاء اسكان اداري جديد للحكومة أو القطاع العام داخل القاهرة .

، نقل كل الأنشطة التي لايتحتم بقاؤها في القاهرة مثل الورش والمحلات المعلقة للراحة وأماكن التخزين وتجارة الجملة خارج القاهرة الى المدن الجديدة المحيطة بها مثل مدينة أكتوبر ومدينة العبور والعاشر من رمضان وغيرها .

- النظر في نقل محطة سكك حديد مصر من ميدان رمسيس الى شبرا الخيمة أو أى منطقة أخرى خارج المدينة للتخفيف عن منطقة وسط المدينة ، ويمكن أن تكون محطة شبرا الخيمة في هذه الحالة مثل محطة سيندي جابر بالنسبة لمدينة الاسكندرية ، ويكون هناك طريق دائري يتجه شرقا الى مصر الجديدة وغربا الى الجيزة . وعلى أن تكون - أيضا - محطة الجيزة هي نهاية خط سكك حديد الوجه القبلي .

- نقل الثكنات العسكرية التي تقع داخل الكتلة السكنية وكذلك جميع بلوكات الأمن والسوروى والخيالة والأمن المركزى وترحيلها الى الصحراء خارج المدينة .

المصانع التي انتهى العمر الافتراض لالاتها وينيتها الأساسية ، خارج اقليم خارج القاهرة الكبرى الى المدن الصحراوية مع توزيع الصناعات الجديدة على هذه المدن ، دعما للاستقرار بها ، ولحد من الهجرة الى القاهرة .

* الاهتمام بحل مشاكل النقل والمرور داخل اقليم القاهرة الكبرى عن طريق الآتى :

- الاسراع فى انشاء الطريق الدائرى ، المخطط لانشائه ، حول الكتلة العمرانية الرئيسية للقاهرة الكبرى بحيث يكون من شأنه ابعاد حركة المرور الاقليمى المخترق للكتلة السكنية وتوزيع المرور الاقليمى القادم الى القاهرة الكبرى على المداخل المناسبة . والتوسع فى انشاء طرق شريانية رئيسية خلال التجمع الحضرى تساعد الطريق الدائرى على أداء وظيفته على نسق طريق أوتستراد حلوان - بمدينة نصر .

* وضع تخطيط لقطاع النقل داخل اقليم القاهرة الكبرى يحقق المزايا التالية :

- المساعدة على تحقيق عدم التركز وانتشار التجمع الحضرى نحو تجمعات عمرانية جديدة تقع خارجه وذلك بتدعيم شبكة الطرق الاقليمية . - تحسين فعالية وديناميكية الاداء الوظيفى للتجمع العمرانى الحالى ، وحتى يتحقق ذلك يلزم اتباع مايلى :

- تخفيض الاحتياجات الخاصة بالنقل ، وذلك باعادة تنظيم التجمع العمرانى الرئيسى فى قطاعات متجانسة ومتكاملة تيسر أداء المصالح والخدمات المختلفة بين الانتقال من مكان لآخر .

- زيادة طاقة وكفاءة وسائل النقل العام بحيث تجذب الركاب ، مما يقلل الحاجة الى استعمال وسائل النقل الخاص .

- اعادة توزيع تيارات تدفق المرور بايجاد وتنمية شبكة متدرجة من الطرق من حيث الكفاءة والنوعية .

- وضع بعض القيود على حركة المرور ووسائل النقل الخاصة فى بعض مناطق القاهرة الكبرى وبخاصة منطقة وسط القاهرة .

- الحفاظ على البيئة وحمايتها من التلوث عن طريق الآتى :

، توفير الضمانات لسلامة موارد المياه السطحية والجوفية التى تستخدم فى الشرب وذلك بالتنسيق الكافى بين الجهات المعنية بمصادر

، نقل الجبانات والمرافق التى أصبحت تحيط المباني من كل جانب الى صحراء مدينة نصر خارج الكتلة السكنية فورا للاستفادة من مساحتها فى اعادة التخطيط الاسكانى لجزء حيوى فى القاهرة وانشاء الأحياء وزيادة المساحات الخضراء لحماية العاصمة من التلوث .

- العمل على تجميع الأنشطة الادارية والخدمية المتكاملة أو المرتبطة ببعضها فى مكان واحد لتسهيل أداء الخدمة .

- تنفيذ مشروعات الكبارى والأنفاق ومترو الأنفاق وكافة المرافق والخدمات التى تقوم على خدمة المدينة ، دون أى منشآت أخرى لاتدعو الضرورة لوجودها بالقاهرة .

- سرعة الانتهاء من إعداد وتنفيذ مشروع التخطيط العمرانى لمدينة القاهرة لمعالجة المشاكل الناجمة عن عدم التخطيط .

* الحد من الهجرة الداخلية الى القاهرة الكبرى عن طريق مايلى :

- بذل الجهود المكثفة لتنمية الريف للتخفيف من حدة عوامل الطرد وذلك عن طريق الارتفاع بمستوى الخدمات فى الريف كما وكيفا ، والاهتمام برفع انتاجية الفلاح المصرى ، ونشر الصناعات الصغيرة والبيئية فى الريف مع ضرورة القضاء على الأمية لتحقيق هذه الأهداف .

- الاهتمام بتخطيط وتنمية المدن متوسطة الحجم ، وهى عواصم المحافظات ، وكذلك المدن الصغيرة وهى عواصم المراكز ، وذلك لتتحول هذه المدن الى أقطاب جذب محلية تخفف من الهجرة الى القاهرة ، وهذا يتطلب ضرورة الاتجاه الى التخطيط الاقليمى لربط هذه المدن بأقاليمها ، ويمكن أن يكون تقسيم مصر الى أقاليم تخطيطية خطوة على هذا الطريق .

- الاسراع فى الانتهاء من تنفيذ المدن التوابع والمستوطنات الجديدة حول اقليم القاهرة الكبرى ، ومنح تيسيرات للحصول على الأراضى فى هذه المدن ، وتشجيع البناء واقامة المشروعات فيها ، وتوفير المزيد من فرص العمل بها ، وربطها بشبكة النقل القومية ، مما يسهم فى تعديل مسار حركة الهجرة الداخلية فى مصر .

- اعلان القاهرة منطقة مغلقة أمام أى توسعات صناعية فى المصانع القائمة أو أى انشاءات صناعية جديدة ، وتشجيع انتقال

هذه المياه والاهتمام بعمليات التعقيم فى الغسيل الدورى لخزانات المياه العلوية للاطمئنان الى عدم تلوثها واستمرار توافر المواصفات ومطابقتها للمعايير الصحية .

- مراعاة الحزم فى تطبيق وتنفيذ أحكام القانون رقم ٩٣ لسنة ١٩٦٢ ، والخاص بصرف المخلفات السائلة ، فيما يتعلق بمعالجة تلك المخلفات قبل صرفها فى المجارى المائية على مختلف أنواعها .

* العمل على خفض منسوب المياه الجوفية للتخلص من مياه الرش أو تخفيضها ، لما فى ذلك من أثر على الصحة العامة .

* التخلص من نفايات المصانع والقمامة بطرق حديثة تستهدف حماية البيئة وذلك بتحويلها الى سماد عضوى وغازات تستخدم فى الوقود ، أو بالردم فى المناطق الصحراوية بعيدا عن العمران .

* دراسة أنسب الأساليب للحد من تلوث الهواء الناجم عن عادم السيارات والمركبات داخل العاصمة نتيجة الازدحام واختناق المرور وكذلك التلوث الشديد فى المناطق الصناعية ، مثل منطقة حلوان وشبرا الخيمة .

* العمل على زيادة المساحات الخضراء داخل الكتلة السكنية للمدينة ، وغرس غابات على طول حدود القاهرة الشرقية تكسو تلال المقطم وما وراعا . وهذا المشروع فضلا عن فوائده الاقتصادية فإنه يكفل وقاية العاصمة وضواحيها من الأتربة والرمال التى تهب عليها فى موسم الرياح الخماسينية كل عام ، وتزيد من نسبة أمراض العيون والصدر .

ثانيا : فى شأن السياسة طويلة المدى :

* انشاء مقر ادارى للدولة خارج نطاق القاهرة الكبرى ، تنقل اليه الوزارات والمصالح والمنشآت الآتية :

. الوزارات والمصالح والأجهزة الخدمية المركزية ، ووحدات القطاع العام ، وكافة الوحدات التى يمتد عملها ليشمل أقاليم أخرى غير اقليم القاهرة .

. المنشآت والهيئات والأنشطة التى لا تستدعى الضرورة بقاءها فى القاهرة ، مثل الكليات العسكرية ، وكلية الشرطة .

- أن يتم ذلك تدريجيا خلال فترة زمنية مناسبة ، ويقترح أن تكون

أربعين سنة ، أى حتى عام ٢٠٢٥ .

- يراعى فى تخطيط المقر الجديد ، أن تجمع فى مكان واحد كل الأنشطة التى يرتبط عملها أو تتكامل خدماتها ، وذلك لتيسير أداء الخدمات وتبسيط الاجراءات الادارية .

- تبقى القاهرة عاصمة سياسة للبلاد ، وتضم : كافة أجهزة رئاسة الجمهورية ، ووزارات السيادة ، ومجلس الشعب والسفارات ومقار البعثات الدبلوماسية .

. الأجهزة المحلية القائمة على خدمة القاهرة الكبرى فقط .

- وقف اقامة أية منشآت ادارية فى القاهرة غير تلك التى يلزم وجودها فى العاصمة السياسية ، أو التى تخدم المدينة .

- يتم تنفيذ ماعدا ذلك من الانشاءات الجديدة فى المقر الادارى الجديد .

. يتم اختيار الموقع الجديد - كمقر ادارى للدولة - بعد دراسة وتقييم البدائل المختلفة لهذا الموقع ، وذلك على ضوء الاحتياجات والموارد والعلاقات مع أقاليم الدولة المختلفة والتى تستلزم مايتأتى :

. أن يكون شكل وموقع المقر الجديد ملائما لوظيفته .

. ألا تقل المسافة بينه وبين القاهرة عن مائة كيلومتر ، حتى لا يصبح المقر الادارى أحد ضواحيها ، اذ يمتد عمرانه ليلتحم معها ، كما حدث بالنسبة لمدينة نصر .

* أن تراعى ، فى تحديد موقع المقر الادارى الجديد ، الاعتبارات الآتية :

. القرب من النيل ، أو أى مصدر آخر دائم من مصادر المياه العذبة .

. البعد عن الرقعة الزراعية ، بحيث لا يمتد إليها مستقبلا .

. القابلية للامتداد فى الصحراء الغربية ، للتوسع الحالى والمستقبلى .

. القرب من المصادر التموينية والغذائية .

. السهولة فى المواصلات والاتصالات .

. الارتباط بأقاليم الدولة الأخرى بشبكة مناسبة من الطرق .

. توافر وسائل الأمن العسكرى .

* النظر في إمكان انشاء المقر الجديد في أحد المناطق الآتية :

- أى موقع صحراوى يوفر أكبر قدر من حرية التخطيط العمرانى ، بشرط أن يكون على مسافة من الوادى ، لضمان مصدر مباشر للمياه ، مع سهولة الاتصال بشبكات الخدمات القائمة فعلا ، مثل : الطرق والسكك الحديدية ، وخطوط الكهرباء والتليفونات .

، أى مدينة مناسبة من المدن الجديدة الجارى انشاؤها ، أو القائمة المكتملة المرافق ، وذلك اقتصادا فى التكاليف الباهظة التى يتطلبها انشاء المدن الجديدة .

* أن يتم - قبل تحديد السمات الرئيسية للموقع الجديد - تجميع أكبر قدر من المعلومات عن منطقته ، مثل الخصائص الطبيعية والمناخية وطرق المواصلات ومصادر المياه والطاقة وطبيعة التركيب الاقتصادى والاجتماعى للمنطقة ، ثم علاقة ذلك كله بالاقتصاد القومى ، وما يتطلبه ذلك من مرونة فى تخطيط الموقع ، حتى يمكن تعديل التخطيط بسهولة استجابة لما تتطلبه الاحتياجات المستقبلية .

* إعداد دراسات مسبقة عن التنمية الشاملة للموقع ، والاحتياجات من الأراضى والمرافق والخدمات المختلفة وحركة المرور المتوقعة ، وجميع المشكلات المحتملة .

* الاهتمام ، بصفة خاصة ، بما يتطلبه المقر الجديد من :

- التنمية الزراعية حول المدينة ، وقد يستدعى الأمر انشاء بعض القرى التابعة لتحقيق الأمن الغذائى لسكان الموقع .

- توفير المواد الخام للصناعات الزراعية المحتملة ، تخفيفا من خشونة الصحراء حول المدينة ، وفى هذا المجال يمكن الاستفادة بعباء الصرف الصحى لتحقيق توسع زراعى .

- الحدائق والمساحات الخضراء داخل المدينة .

- حماية البيئة من التلوث .

* أن يكون الشكل المعبارى للموقع الجديد ، ذا طابع مميز يتفق عليه ، بحيث تبدو المدينة فى طراز معمارى متناسق يساير ظروف الحياة العصرية .

* مواجهة المشكلات المحتملة بالنسبة لنقل العاملين الى المقر الجديد ، عن طريق توفير الظروف الملائمة لاقامتهم الدائمة بهذا المقر ، بحيث تعوضهم عن ارتباطاتهم المختلفة بالقاهرة ، ومع ذلك يحسن البدء بمايأتى :

- أن يبدأ بنقل العاملين حديثى التخرج ، والذين يجذبهم وجود المسكن المناسب فى المدينة الجديدة .

- أن تتم التعيينات الجديدة بالوزارات والأجهزة المختلفة على مقراتها المستحدثة بالمدينة الجديدة .

* الترغيب فى الإقامة بالمقر الجديد عن طريق الاجراءات ووسائل الجذب المختلفة والتى تكفل تحقيق مايأتى :

- توفير الأراضى اللازمة للمنشآت والخدمات بأسعار معتدلة .

- منح تسهيلات فى تملك الأراضى اللازمة للبناء

- منح امتيازات ومزايا فى الأجور للعاملين فى الموقع الجديد .

- توفير الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والترفيهية .

- انشاء جامعة فى المقر الجديد على أن يبدأ بانشاء كلية للتربية لتخريج المدرسين اللازمين للعمل فى الموقع .

- توفير المواد الغذائية والتموينية .

- ربط الموقع الجديد مع القاهرة بشبكة من الطرق والمواصلات البرية والجوية والمواصلات السلكية واللاسلكية .

- منح امتيازات فى الضرائب للمقيمين فى المقر الجديد .

* يلزم توفير التمويل اللازم لتنمية المقر الإدارى الجديد سواء كان ذلك بتمويل منفرد أو مشترك من الحكومة أو بنوك التنمية أو القروض والمنح الأجنبية ومؤسسات الأمم المتحدة على أن يكون السداد - فى حالة القروض - بعد فترة سماح مناسبة ولأطول مدى زمنى ممكن .

* البدء فوراً - عند الموافقة من حيث المبدأ على هذه الاجراءات -

فى عمل الدراسات التفصيلية اللازمة للتنفيذ .

مع وضع جدول زمنى من الآن وحتى عام ٢٠٢٥ - أى لمدة أربعين عاما - تلزم به جميع الجهات المختصة .

الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦

مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها

ويقودنا ذلك الى ضرورة دراسة الموقف الحالى للاستثمار فى مجال الاسكان ، سواء بالنسبة لحجمه أو نوعه ، أو الجهات الرئيسية التى تقوم به ، والظروف المحيطة بكل منها ، والعوامل التى تؤثر فى توجيهه . وأهم الجهات القائمة على نشاط الاستثمار فى الاسكان هى الحكومة ممثلة فى أجهزة الحكم المحلى وشركات القطاع العام ، بالإضافة الى القطاع الخاص والتعاونى .

ورغم أن خطة التنمية الخمسية الجارى تنفيذها حالياً ومنذ عام ١٩٨٣/٨٢ قد حددت ما يتم تنفيذه من وحدات سكنية عن طريق القطاع الخاص بنحو ٩٤٪ من المستهدف ، فإن نتائج المتابعة توضح أن المساهمة الفعلية لهذا القطاع لم تتجاوز بالفعل نسبة ٨٠ ٪ ، بينما قام القطاع الحكومى والعام بتغطية النسبة ٢٠ ٪ الباقية ، علماً بأن الجزء الأكبر مما يقوم القطاع الحكومى والعام بتنفيذه يتم بتمويل من مدخرات القطاع الخاص .

ويوضح الجدول المبين على الصفحة التالية حجم ماتم تنفيذه من وحدات سكنية بمستوياتها المختلفة ، بواسطة كل من القطاعين العام والخاص ، خلال السنوات من ٨٢ / ١٩٨٣ حتى ٨٤ / ٨٥ .

وإذا استعرضنا حجم مشكلة الاسكان بمصر وامكانات الحكومة والأجهزة المحلية بالنسبة لها ، يبدو جلياً أن هذه الامكانات قاصرة عن الوفاء بمتطلبات مواجهة المشكلة مواجهة حقيقية وفعالة ، فلاشك أن أعباء الحكومة المتعددة لا تمكنها من المساهمة فى اقامة الوحدات السكنية الا فى حدود ضيقة ، خاصة اذا أخذنا فى اعتبارنا حجم الأعباء الضخمة التى تتحملها الحكومة فى تنفيذ واجباتها الرئيسية لتوفير المرافق الأساسية اللازمة للاسكان .

ومن الجدير بالذكر أن ماوجه من استثمارات للاسكان فى خطة عام ٨٥ / ١٩٨٦ بلغ ٩٤٦ مليون جنيه - بهدف اقامة نحو ١٧٥٠٠٠ وحدة سكنية - بينما خصص للمرافق العامة التى تخدم المدن القائمة والامتدادات العمرانية الجديدة نحو ٦٠٠ مليون جنيه .

لاشك أن مشكلة الاسكان تاتى فى مقدمة المشكلات التى تواجه العمل الوطنى فى الوقت الحاضر ، وذلك على الرغم من الجهود المتتابة التى بذلت لمواجهتها - سواء من ناحية الدراسات العلمية ، أو الحلول العملية - ومازال هذه المشكلة تلقى بظلالها على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لفئات كثيرة من الشعب وخاصة الشباب الذين يتطلعون الى تكوين أسر جديدة .

وازاء استمرار تفاقم المشكلة ، قام المجلس باستكمال تلك الدراسات ، وانتهى الى التقرير الذى تعرض خلاصته الموجزة على هذه الصفحات ، على أن يشفعه بتقرير نهائى ، يشارك فيه المجلس للنتاج ، لمواجهة مشكلة الاسكان من جوانبها الاقتصادية والتمويلية .

فى حجم المشكلة :

يتمثل الجانب الرئيسى لمشكلة الاسكان ، فى عدم وفرة المعروض من الوحدات السكنية لمقابلة الطلب عليها ، سواء من ناحية الكم أو من ناحية النوع ، ويرجع ذلك أساساً الى أن الاستثمارات التى تنفذ فى مجال الاسكان لا تتناسب ، من ناحية الحجم أو النوعية ، مع ما هو مستهدف منها .

بيان بالوحدات السكنية التي تم تنفيذها خلال السنوات
الثلاث الأولى من الخطة الخمسية ٨٢ - ١٩٨٧

| س | ١٩٨٥/٨٤ | | | | ١٩٨٤/٨٣ | | | | ١٩٨٣/٨٢ | | | | |
|--------|---------|---------|--------|----------------|---------|--------|-------|----------------|---------|--------|-------|----------------|-------------|
| | اجمالي | عام | خاص | النسبة المئوية | جملة | خاص | عام | النسبة المئوية | جملة | خاص | عام | النسبة المئوية | |
| ٣٠٠٦١٥ | ٩٣٣٤٨ | ٣٠٨٣٦٧ | ٩٣٣٤٨ | ٦٤.٢ | ٣١٤٦٨ | ٧٧٩٨٠ | ٣١٤٦٨ | ٦٠.٧ | ٩٨٣٣٦ | ٦٧٦١٠ | ٣٠٧١٦ | ٥٥ | الاقتصادي |
| ١٣٣٣٣٣ | ١٤٥٤٢ | ١٠٨٧٧٨٩ | ٣٩١٣٤ | ٣٣ | ١١٠٩٤ | ٢٨٠٤٠ | ١١٠٩٤ | ٣٣.٢ | ٣٧٥٦٧ | ٣٥٩٧٠ | ١٥٩٧ | ٣٧.٧ | المتوسط |
| ٤٩١٢٣ | ٢٢٩٥ | ٤٦٨٢٨ | ١٠٠٤٣ | ٦ | ١٣٥٥ | ٨٦٨٧ | ١٣٥٥ | ١١.٣ | ١٨٣٩٨ | ١٧٨٨٨ | ٤١٠ | ١٢.٣ | فوق المتوسط |
| ٣٧٧٧٨ | ٣٩١ | ٣٧٣٨٧ | ١١٦٦١ | ٦.٨ | ٢٣ | ١١٦٢٨ | ٢٣ | ٤.٨ | ٧٧٨٦ | ٧٥١٨ | ٣٦٨ | ٥ | الفاخر |
| ٥٠٠٨٣٩ | ١٠٩٥٧٦ | ٣٩١٣٦٣ | ١٧٠٢٨٣ | ١٠٠ | ٤٣٩٤٠ | ١٣٦٣٤٥ | ٤٣٩٤٠ | ١٠٠ | ١٦١٩٧٨ | ١٢٨٩٨٦ | ٣٣٩٩١ | ١٠٠ | الاجمالي |
| %١٠٠ | ٣١.٩ | ٧٨.١ | | | | | | | | | | | النسبة |

ولاشك أن الأمر يتطلب أن توجه الحكومة ثقلها الرئيسى نحو تدبير الاراضى الصالحة للسكان ، مع الاهتمام بتزويدها بالمرافق الأساسية ، وتوجيه الجزء الأكبر من استثماراتنا نحو هذا الهدف ، حيث أن القصور فى المرافق مازال ملموسا ، سواء لمواجهة احتياجات الكتل العمرانية الحالية أو الامتدادات الجديدة .

باستعراض هياكل أجهزة القطاع العام ، نجد أنها تنقسم الى نوعين . الأول وهو ما يهدف أساسا وفقا لطبيعة نشاطه وأغراضه لتحقيق أكبر قدر ممكن من العائد ، كشركات التأمين وهيئة الأوقاف ، وبالتالي فإن دورها فى مجال حل مشكلة الاسكان محدودى الدخل ، يكاد يكون محدودا للغاية ، إذ أن نشاطها يوجه لخدمة نوعية معينة من المتفعين القادرين .

أما النوع الثانى كشركات الاسكان وغيرها من شركات القطاع العام الأخرى كالشركات الصناعية ، فإن نشاطها فى مجال الاسكان ينبغى أن يستهدف تحقيق سياسة الدولة فى مواجهة مشكلة الاسكان لمحدوى الدخل ، ويتعين أن يكون لها دور أكبر فى هذا المجال . وفى هذا الصدد ينبغى أن توجه شركات الاسكان الى تركيز جهودها على أغراض التعمير بهدف توفير الاراضى اللازمة للسكان ، وتوجيه شركات القطاع العام الأخرى لتنفيذ مشروعات سكنية لخدمة العاملين بها طوال خدمتهم باستخدام اعتمادات الخدمات المحلية والمركزية وحصة العاملين فى الأرباح .

من هذا الاستعراض يتضح أن جهود الحكومة والقطاع العام فى إقامة الوحدات السكنية سوف تكون محدودة ، ومن هنا ينبغى أن نضع فى اعتبارنا أن مواجهة مشكلة الاسكان بشكل حاسم سوف يقع أساسا على عاتق القطاع الخاص ، ويكون واجب الحكومة هو المعونة والمساعدة - وخاصة بالنسبة لاسكان العاملين بها طوال خدمتهم - بالإضافة الى مشروعات المرافق العامة ، وتهيئة الاراضى اللازمة للسكان ، وقنوات التمويل ، وتوفير مواد البناء اللازمة ، بالإضافة الى

تدعيم قطاع المقاولات وتنظيمه .

أما القطاع الخاص العامل فى مجال الاسكان فيمكن تقسيمه الى نوعين :

أولا : المستثمرين الذين يقيمون المشروعات لمنفعة الغير بغرض تحقيق عائد مجزى لاستثماراتهم ، وكانوا يمثلون حتى الستينات الغالبية العظمى من المستثمرين فى مجال الاسكان ، إلا أن نسبتهم قد انخفضت منذ ذلك الوقت انخفاضا كبيرا ، وانتشرت ظاهرتا التمليك وخلو الرجل . ولعل جانبا من احجام المستثمرين الجادين عن استخدام مدخراتهم فى هذا المجال يرجع الى اختلال العلاقة بين المالك والمستأجر وفقا لقوانين الاسكان الحالية .

ثانيا : القطاع الخاص الذى يستثمر مدخراته لإقامة وحدات سكنية لاستخدامه الخاص ، كالجمعيات التعاونية والأفراد ، وهذا النوع يتعين توسيع نشاطه وتشجيعه للاعتماد عليه فى حل جانب كبير من المشكلة .

فى مظاهر وأسباب المشكلة :

تتعدد مظاهر مشكلة الاسكان وتتنوع أسبابها تبعا لكثير من الظروف المختلفة ويمكن ايجاز ذلك فيما يأتى :

- صعوبة الحصول على الاراضى المزودة بالمرافق بسعر مناسب ، ويرجع ذلك بصفة أساسية للقصور فى الاستثمارات التى تخصص لاعمال المرافق الخارجية .

- حدوث آثار سلبية - نتيجة الاختناقات فى مواد البناء فى الفترة السابقة - أدت الى احتدام الأزمة .

- كثرة عدد المساكن التى لم تستكمل لأسباب مختلفة ، فى كثير من محافظات الجمهورية ، وعلى الأخص فى الجيزة والقاهرة والاسكندرية . وهناك تقدير مبدئى يصل بعدد الشقق غير المستكملة الى حوالى مائة ألف شقة ، تقدر قيمتها بنحو ثلاثة مليارات من الجنيهات ، منها نسبة كبيرة من العملات الصعبة ، متمثلة فى تكاليف مواد البناء المستوردة .

مع ملاحظة عزوف المحليات عن استعمال حقها القانونى فى الزام

الملاك باستكمال بناء المساكن .

- شيوع استخدام عبارة الاسكان المنخفض التكاليف ، فى الأونة الأخيرة ، كتعريف للأسكان الاقتصادى الطبقات محدودة الدخل ، وقد أوجد هذا التعبير لدى القيادات والمصممين اتجاها الى خفض تكاليف انشاء هذا النوع من الوحدات الى أقل حد ممكن ، بون اعتبار لدى كفاءة المنشأ ومقارنته ، وذلك عن طريق استخدام مواد البناء الرخيصة ، وقد نتج عن هذه السياسة أن أقيم العديد من المشروعات لاسكان محدودى الدخل لم تلبث الا بضع سنوات حتى ساءت حالتها . وعلى سبيل المثال ، فأننا نلاحظ أن استخدام أنواع رخيصة من الأنوار الصحية كان فى كثير من الأوقات سببا فى تقصير العمر الافتراضى للعديد من الوحدات السكنية التى تم تنفيذها فى الستينات والسبعينات ، فى حين أنه توجد بعض وحدات الاسكان الشعبى التى مضى على اقامتها مايقرب من الخمسين عاما ومازالت فى حالة جيدة نظرا لجودة المواد والمهمات التى استخدمت فى انشائها .

وذلك الى جانب عدم الاهتمام بصيانة المباني ، بوجه عام ، مما ينقص من عمرها ويؤثر على مظهرها ورونقها ، ويهدر الثروة القومية فى مجال الاسكان .

- عجز جهاز المقاولات عن انجاز المهمات الاسكانية على الوجه المطلوب وفى الوقت المناسب .

ويلاحظ فى هذا الصدد ، بالنسبة لشركات القطاع العام ، تزايد المشكلات وتفاقمها ، بون أن تواجه بالحزم الذى يقتضيه دورها الهام الموكل اليها فى حل مشكلة الاسكان . ويبرز فى هذا المجال مايتى :

أن الموازنة التخطيطية لهذه الشركات لاتتناسب ، فى أغلب الأحوال ، مع طاقتها الانتاجية لأسباب شتى منها : النقص فى العمالة الفنية ، وعدم مسايرة التطورات التكنولوجية ، والنقص فى الآلات والمعدات الحديثة .

أن كثيرا من هذه الشركات تبادر لتعويض العجز فى السيولة

المالية الى التقدم للحصول على أعمال جديدة ، عن طريق المناقصات العامة ، بون أن تسبقها دراسات جادة وسليمة للجوى ، وقد أدى ذلك الى التزامها بتنفيذ عدد كبير من المشروعات بأقل من تكلفتها الفعلية ، ممازاد فى خسائرها من ناحية ، وتأخير هذه المشروعات من ناحية أخرى .

- وجود نقص كبير ومتزايد فى العمالة الفنية اللازمة لقطاع البناء والتشييد ، مع عدم كفاية الجهود المبذولة لمواجهة هذا النقص .

- ثبات أوضاع الحدود الادارية لبعض المحافظات ، منذ مدة طويلة ، مما يعوقها عن الامتداد الى الصحراوات المجاورة ويمثل ذلك عقبة هامة فى سبيل حل مشكلات الاسكان بها .

- تعدد المشكلات فى كثير من الأحيان ، بالنسبة للعلاقة بين المالك والمستأجر .

- كثرة الصعوبات والعقبات الادارية وخاصة فى مجال استصدار تراخيص البناء .

- شكوى البنوك العقارية مما يقضى به القانون السارى حاليا ، من تحويل المالك الى مستأجر فى حالة نزح الملكية ، بسبب عدم سداد أقساط الثمن ، مما يؤثر على الائتمان بواسطة هذه البنوك .

فى سبيل مواجهة المشكلة :

إذا كانت مشكلة الاسكان بحجمها وأبعادها المختلفة تستلزم تضامر جهود جميع الجهات المعنية : البحثية ، والتخطيطية ، والتنفيذية ، حتى يمكن وضع الطول الحاسمة لها ، فإنه يمكن - من خلال استعراض الأوضاع الراهنة للأسكان - الاتجاه الى الأخذ بخطوات عملية ، تعتبر بمثابة مدخل مبدئى فى سبيل مواجهتها ، وذلك على النحو الآتى :

فى شأن أراضى البناء : إذا كانت أهم المشكلات التى تعترض الراغبين فى بناء وحدات سكنية هى صعوبة الحصول على الأراضى المزودة بالمرافق بسعر مناسب ، فإن المدخل الى حل هذه المشكلة يمكن

أن يكون عن طريق :

- التنسيق بين الحكومة ممثلة في وحدات الحكم المحلي وهيئات وشركات الاسكان بالقطاع العام ، وهي المنوط بها أصلا عمليات التعمير ، لكي تقوم بالاسراع بتخطيط الأراضى التى تملكها وتقع فى كربون المدن ، وتقسيمها الى قطع مناسبة من حيث المساحة لمختلف أنواع الاسكان ، وتزويد التقاسيم بالمرافق الخارجية والداخلية والخدمات اللازمة ، وتحديد ثمن البيع المناسب لها بحيث تغطى جميع التكاليف الفعلية للمرافق على الأقل ، مع مراعاة تحميل الأراضى المخصصة للاسكان فرق المتوسط والفاخر بجزء من تكاليف المرافق للأراضى المخصصة للاسكان الاقتصادى والمتوسط ، وعرضها للبيع للجمعيات التعاونية والأفراد ، مع وضع الضوابط الحازمة التى تمنع المضاربة وتشجع على الاسراع فى البناء ، وبذلك ينكمش دور القطاع الخاص فى الاتجار بالأراضى . وسينتج عن ذلك انخفاض الأسعار عموما ، حيث يمكن أن يصل سعر البيع للمتر المسطح فى الأراضى التى يتم تعميرها طبقا لهذا الأسلوب -الى ما بين ٥٠ ، ٧٠ ج للمتر للمربع - فى حين أن سعر البيع للمتر فى التقاسيم العشوائية غير المزودة بالمرافق قد يزيد عن ذلك ، فضلا عن أن معظم هذه التقاسيم العشوائية تقتطع مساحات من الأراضى الزراعية .

ويتضح من البيانات التى أعدتها وزارة الاسكان والمرافق ، أن مجموع الأراضى التى أمكن حصرها داخل الكتل العمرانية الحالية أو فى امتداداتها بالأقاليم والمدن التى تم اعداد مخططات عمرانية لها - تبلغ نحو ٤٦٢٧٠ فدان ، كمرحلة أولى يمكن أن تستوعب حوالى ٩.٢ مليون فرد ، بمعدل كثافة سكانية ٢٠٠ فرد للفدان . مع ملاحظة أن استكمال التخطيطات لباقى المدن والأقاليم سوف يضيف الى هذا القدر مساحات تقدر مبدئيا بنحو ٢٦ ألف فدان أخرى ، حتى سنة ٢٠٠٠ .

فى مواد البناء :

أدت الاختناقات فى مواد البناء - والتى حدثت فى فترة سابقة - الى تفاقم أزمة الاسكان ، لكن ماتضعه الدولة حاليا من خطط ومتابعيتها

الجادة للتنفيذ قد يكفل فى المستقبل انفراج هذه الاختناقات ، خاصة فيما يتعلق بالمواد الحاكمة مثل الأسمنت والحديد والطوب والزجاج والأخشاب والأبواب الصحية وغيرها . ويتطلب الأمر دفع عجلة العمل فى تنفيذ هذه الخطط المختلفة ودراسة امكانيات خفض وتوحيد أسعار هذه المواد ، مما سيؤثر بالتالى على خفض تكلفة أعمال البناء

فى خفض تكلفة الوحدات السكنية :

من أهم العوامل المساعدة على تخفيض تكلفة الوحدة السكنية وسرعة الحصول على الاحتياجات الأساسية اللازمة لها - العمل على تلميط مستلزمات البناء مثل الباب والشباك والأدوات الصحية وغيرها . وكذلك يلزم الأخذ بالمقاسات النمطية لمشتلات الوحدة السكنية ، تلافيا للفاقد فى شدة الخرسانة المسلحة وحديد التسليح وتكسيات الأرضيات وغيرها .

فى صيانة المباني :

لاشك فى أن الاهتمام بصيانة المباني بطريقة فعالة يطيل من عمرها ويحفظ لها حسن مظهرها ورونقها ، كما يحافظ على الثروة القومية للبلاد فى مجال الاسكان .

وعلى ذلك ، فمن المقترح تشجيع انشاء شركات عامة أوخاصة متخصصة فى صيانة الوحدات السكنية القائمة والمستجدة ، تتقاضى مبلغا شهريا أو سنويا محددا عن كل وحدة سكنية ، نظير التزامها الكامل بصيانة هذه الوحدات بمختلف أنواع الصيانة (سباكة - نجارة - كهرباء) ، على أن يتم وضع القواعد المنظمة لذلك ، وتسهيل لتنظيم عمليات الصيانة فإن الأمر يقتضى دراسة اصدار التشريعات التى تحكم تشكيل اتحادات لشاغلى الوحدات السكنية على نمط اتحادات الملاك .

فى مشروعات بناء " نواة المنزل " :

ظهرت فى الآونة الأخيرة بعض المشروعات التى تبنت بناء " نواة المنزل " على أن يترك للمتملك تكملته فى الوقت الذى يناسبه ، وحسب

بالنسبة لهم طبقا لحجم المساهمة الفورية لكل منهم فى تكلفة الوحدة .
فى الدعم :

تعددت أساليب دعم الاسكان ، سواء فى شكل دعم أسعار مواد ،
أو أسعار فائدة القروض ، أو خفض أسعار الأراضى ، أو الاعفاء من
بعض أنواع الضرائب .

ويلاحظ ان هذه الأساليب جميعا قد يستفيد منها القادر الى جانب
غير القادر ، والمستحق الى جانب غير المستحق . وقد يكون من الأفضل
أن يقتصر الدعم على المنتج النهائى أى الوحدة السكنية التى تتمشى
والمعايير الموضوعية للاسكان الذى يستحق الدعم .

ويمكن ان يتخذ الدعم فى هذه الحالة صورة نسبة من تكلفة الوحدة
تقدر على سبيل المثال ، بقيمة معينة للمتر المسطح الواحد .

فى النواحي الجمالية :

• ان مصر بلد عرفت بتاريخها الطويل فى الحضارة بصفة عامة وفى
العمارة بوجه خاص سواء فى عصورها الفرعونية أو القبطية أو
الاسلامية ، وهذا ما يدعونا الى ضرورة الحفاظ على وجه مصر
الحضارى دون ان تضطربنا ظروف التقشف الاقتصادى ان نهدر
النواحي الجمالية التى يتعين الحفاظ عليها فى منشأتنا ومدننا ، وهذا
يدعونا الى ضرورة بذل المزيد من الجهد نحو العناية بالنواحي الجمالية
فى مشروعات الاسكان الاقتصادى والمتوسط التى نقيمها فى المدن .

فى العلاقة بين المالك والمستأجر :

يشير الواقع الراهن الى مشكلات تتصل بالعلاقة بين المالك
والمستأجر واجراءات استصدار التراخيص وغيرها ، مما يستدعى
النظر فى انخال بعض التعديلات فى هذا المجال ، بهدف توفير بعض
الحوافز المادية والمعنوية التى يمكن تلخيصها فيما يلى :

- ان تجميد الايجارات القديمة تجميدا مطلقا قد أجحف بمحدودى
الدخل من الملاك ، خاصة فى ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية
المتغيرة ، مما يستدعى البحث عن وسائل تكفل العدالة المتوخاة لكل من

امكاناته ، وقد ينتج عن ذلك عدم مراعاة البعض للنواحي الانشائية أو
الجمالية فى هذا الشأن ، مما يتسبب فى تشويه المنظر العام للمشروع
وتحويله الى اسكان شبه عشوائى فضلا عن أن معظم المباني من هذا
النوع تكون من دور واحد فقط ، مما لا يمكن معه الانتفاع بالصورة
القصى للأرض والمرافق .

ولواجهة ذلك ، ورغبة فى تخفيض النفقات والاستفادة القصوى من
الأرض والمرافق العامة والخدمات - يمكن الأخذ بأحد اقتراحين : إما أن
يتم البناء على صورة طوابق متعددة ، مع اتمام جميع الاعمال الخارجية
وترك جميع الأعمال الداخلية - ماعدا دورات المياه والمطابخ - بدون
تكلفة أو تشطيط ليكملها المنتفع بمعرفته طبقا لضوابط محددة . وإما أن
تتخذ الاساسات الكاملة للمسكن لتحدد التوسع الافقى طبقا للتصميم
الكامل وأن تصمم الاساسات لتحمل التوسع الرأسى المسموح به ،
وعندئذ يترك للمتملك أن يضيف بمعرفته ما يحتاجه افقيا ورأسيا ، طبقا
للتصميم المعمارى الموضوع وبما يتمشى مع التخطيط العام للمشروع ،
وأن يوضع من الضوابط مايكفل التزام المنتفع بهذه الأسس .

وبذلك يمكن خفض التكلفة مع الاحتفاظ بالمنظر العام للمشروع طبقا
للتصميم الموضوع وفى نفس الوقت يسمح بزيادة مساهمة مدخرات
الأفراد فى التمويل .

فى تطور الدخول والاسكان :

باستعراض تطور دخول مختلف طوائف المجتمع فى مصر ، يتبين
أن فئات الشباب من العاملين بالحكومة والقطاعين العام والخاص ، من
مختلف الشرائح ، هم أكثر الفئات حاجة الى رعاية الدولة فى مجال
الاسكان ، حيث يتطلعون الى تكوين الأسر الجديدة وذلك بالإضافة الى
حالات الكوارث لمن تتهدم مساكنهم ، أما باقى الفئات - وخاصة
الحرفيين وأصحاب المهن الحرة ، وهم الذين يتحكمون فى تحديد دخولهم
بما يتمشى والتزايد المستمر فى تكاليف المعيشة - فيمكنهم الحصول
على ما يحتاجون اليه من وحدات بتكلفتها الحقيقية ، وتكون الأولوية

طرفى التعاقد المالك والمستأجر .

- يلزم العمل على تسهيل اجراءات استصدار التراخيص ، كما ينبغي ان يراعى فى تقدير تكاليف المبنى السكنية عند استصدار التراخيص التكاليف الواقعية حيث انها تؤثر بالقطع على تحديد القيمة الايجارية للمبنى فى حالة اللجوء فى هذا الشأن للجنة التى نص القانون على تشكيلها .

- فى نسبة العائد التى نص القانون عليها بالنسبة لثلاث وحدات المبنى المؤجرة وهى ٧٪ بحيث يتم تحديد هذه النسبة على اساس من الدراسة الاقتصادية السليمة وعلى ضوء معدلات التضخم الجارية وأسعار الفائدة بالأوعية الادخارية المتاحة بما يحقق عائدا مناسباً للمالك ، بالإضافة الى وجوب مراعاة ما يتحمله المالك من فوائد التمويل اثناء فترة التشييد .

- دراسة اماكن تكوين اتحاد للشاغلين يناط به - بالاشتراك مع المالك - القيام بأعمال الصيانة وإدارة المبنى ، على غرار اتحاد الملاك على أن توضع الضوابط التى تكفل تحقيق اهداف هذا الاتحاد ، ومدى تحمله بنسبة من تكاليف الصيانة .

فى القطاع الخاص :

يستطيع القطاع الخاص ، لأسباب كثيرة مختلفة ، أن يساهم بجهود فعال فى حل مشكلة الاسكان ، وفى هذا الاتجاه ، يمكن توجيه الجزء الأكبر من اهتمام الدولة للقطاع الخاص الذى يستثمر مدخراته لاقامة وحدات سكنية لاستخدامه الخاص ، كالجمعيات التعاونية والأفراد الذين يقيمون وحدات سكنية لأنفسهم ولأسرهم ، وهذا النوع هو ما ينبغي تشجيعه والاعتماد عليه والتوسع فى نشاطه ، باعتباره الحل الأمثل لمواجهة مشكلة الاسكان مواجهة حاسمة . ويلزم لذلك العمل على تنمية الوعي التعاونى فى مجال الاسكان بين المواطنين وتشجيع تكوين الجمعيات التعاونية من تجمعات نوى الدخول المحدودة ، تحت رعاية الهيئة العامة لتعاونيات البناء والاسكان ، كما يلزم ان توفر الدولة لهذا

القطاع كل ما يلزم من تيسيرات ، سواء عن طريق تقديم القروض الميسرة أو مده بالمعونة الفنية أو تسهيل حصوله على مواد البناء .

وسينتج عن ذلك آثار ايجابية يمكن تلخيصها فيما يلى : -
- توجيه التيسيرات التى تقدمها الحكومة الى من يستحقها فعلا دون أية صعوبات .

- تقادى الصعوبات التى تنشأ من تناقض المصالح بين المالك والمستأجر .

- تعبئة القدرات الخلاقة للمواطنين فى البناء واستثمار تطلعاتهم باقتناء وحدة سكنية ، واستغلال مدخراتهم فى هذا الصدد ، مما يشجع على ضغط الاستهلاك وتوجيه المدخرات الى حل مشكلة من مشاكل المجتمع الرئيسية .

- النزول بأعباء الصيانة الى الحد الأدنى ، حيث ان المالك سيكون حريصا على صيانة وحدته السكنية وعدم تعريض مرافقها للتلف .

فى جهاز المقاولات :

- لاشك ان تنفيذ مشروعات الاسكان بالحجم المطلوب ، وفى الوقت الملائم وبالجودة الواجبة ، يتوقف فى المقام الأول - بالإضافة الى امكانيات التمويل وتوفر مواد البناء - على وجود جهاز قومى للمقاولات ونظام ادارى كفء يضمن استخدام هذا الجهاز بكفاءة تامة ، حتى تختفى ظاهرة تعثر كثير من مشروعات الاسكان نتيجة لعجز جهاز المقاولات عن انجاز ما وكل اليه تنفيذه .

لهذا يتعين بذل المزيد من الاهتمام بهذا الجهاز وتطويره ، وتدعيمه واعادة تنظيمه ، بالإضافة الى اعادة النظر فى القوانين واللوائح التى تحكم نظم التعامل معه . وفى هذا الصدد يقترح توجيه الاهتمام الى النقاط التالية :

. ضرورة وضع النظم الكفيلة بتصنيف المقاولين وفقا لامكانياتهم وخبراتهم وتخصصاتهم بما يؤدى الى تحديد حجم ونوعية العمل الذى

يسمح لكل منهم بالتقدم بعطاءاته لتنفيذه ، وبهذا نضع حدا لدخول بعض المغامرين فى المناقصات التى تزيد عن امكاناتهم وبأسعار تقل عن الواقع ، ويكون من نتيجة ذلك توقفهم عن الاستمرار فى التنفيذ . ولعل فى اصدار قانون اتحاد المقاولين وما يتضمنه من احكام ما يحقق هذا الهدف .

، ضرورة اعادة النظر فى قوانين ولوائح المناقصات والمزايدات (ويعد المجلس دراسة تفصيلية ، فى هذا الصدد) وعلى الأخص بما يسمح بتعويض المقاولين عن أية خسائر تنتج عن تغير فى الأوضاع القائمة وقت تقديم عطاءاتهم ، والتى قد تؤثر بالتالى على التكلفة ، وذلك عن طريق استخدام معادلات تغير الأسعار .

، ضرورة وجود جهة مركزية تكون مسئولة عن متابعة التغيرات والعوامل التى تؤثر على تكلفة التشييد ، واصدار المعايير القياسية التى تتخذ أساسا لتعديل اسعار المقاول ، وحتى تكون سندا لأجهزة الاسناد فى تعويض المقاول عما لحقه من خسائر نتيجة لهذه المتغيرات .

التوصيات

وعلى ضوء ماتقدم ومادار فى المجلس من مناقشات وماترح من آراء ، يوصى بالآتى :

* أن تتصدر برامج حل مشكلة الاسكان أولويات الخطة الخمسية المقبلة ، ومايلبها من خطط .

* الاسراع بتخطيط الأراضى التى تملكها الدولة ، وتقع داخل كرون المدن ، وتقسيمها الى قطع مناسبة من حيث المساحة لمختلف أنواع الاسكان .

– مع تزويد التقاسيم بالمرافق الأساسية ، وعرضها للبيع للأفراد والجمعيات التعاونية ووضع الضوابط التى تمنع المضاربة والاتجار فى الاراضى المبيعة ، وتأكيد شرط الالتزام بالتوسع الرأسى لزيادة عدد الوحدات السكنية وخفض تكاليفها .

* اعادة النظر فى الحدود الادارية الحالية للمحافظات ، وذلك لامتدادها الى الصحراوات المجاورة حتى مسافات مناسبة ، بالنسبة لموقع وظروف كل محافظة ، بما يحقق الافادة منها فى حل مشاكل الاسكان بتوفير الأراضى اللازمة بعيدا عن الوادى الزراعى .

* تحديد ثمن بيع المتر المربع من الأراضى المخصصة للاسكان المتوسط على أساس التكلفة الفعلية التى تحملتها الدولة فى انشاء المرافق ، مع تحميل الأراضى المخصصة للاسكان فوق المتوسط والفاخر بها مش ربح تدريجى يخصص لتمويل الاسكان الاقتصادى والمتوسط .

* أن يقتصر الدعم على المنتج النهائى أى الوحدة السكنية والتى تتماشى مع المعايير الموضوعة للاسكان الذى يستحق الدعم .

* أن يراعى فى خفض تكاليف الانشاء ألا يكون ذلك على حساب متانتة وصلاحيته للغرض المنشأ من أجله ونوع الاستخدام المخصص له .

* أن تتم ، دون ابطاء ، مواجهة حازمة للمشكلات التى تعانى منها شركات القطاع العام العاملة فى مجالات الاسكان والتشييد ، نظرا للدور الهام المناط بها وبحيث يراعى مايتأتى :

– أن تتناسب طاقتها وقدرتها الانتاجية مع موازنتها التخطيطية .
– أن يجرى تعديل لنظم التكاليف السائدة بها ، لتكون أداة فعالة للرقابة على نتائج الأعمال ، ولتحديد التكلفة الحقيقية للمشروعات التى تتولها .

– أن توضع قواعد عادلة وعاجلة لتعديل أسعار المشروعات الجارى اقامتها والتى ثبت من الدراسات أن أسعار اسنادها أقل من تكلفتها وبالتالي حسم المنازعات بينها وبين مسندى هذه المشروعات اليها : حكومة أو قطاع عام ، أو خاص أو أفراد ، بهدف تنفيذ المشروعات العديدة المتأخرة ، درءا للخسارة عن الاقتصاد القومى

* الزام شركات القطاع العام بتنفيذ مشروعات سكنية لخدمة

العاملين بها طوال خدمتهم باستخدام اعتمادات الخدمات المحلية والمركزية وحصة العاملين في الأرباح .

* تشجيع تكوين الجمعيات التعاونية من تجمعات من نوى الدخول المحدودة عن طريق تقديم القروض الميسرة أو المعونة الفنية أو تسهيل الحصول على مواد البناء . مع اعطاء أولوية الحصول على القروض الميسرة ومواد البناء المدعمة لمن يقوم بتنفيذ وحدة سكنية واحدة لاستخدامه الشخصى بحيث لا تزيد عن المساحة المناسبة،

* أن يقوم بنك الاسكان والتعمير وبقى البنوك العقارية بدور فعال لتدبير التمويل اللازم لمشروعات الاسكان لمحدودى الدخل عن طريق اقتطاع أقساط مناسبة من مرتب المنتفع " الربع مثلا " واجتذاب المدخر الصغير الذى كان يعمل بالخارج بهدف امتلاك منزل صغير . مع إتاحة الاراضى الصحراوية بثمن رمزى لهذا الغرض .

* الافادة من أموال النقابات المودعة فى البنوك فى حل مشكلة الاسكان .

* منح تيسيرات مجزية لبنوك الاستثمار لتسهم فى حل أزمة الاسكان بالتقدم بمشروعات لهذا الغرض .

- مع النظر فى إلغاء النص القانونى السارى بتحويل المالك الى مستاجر ، فى حالة نزاع الملكية عن طريق البنوك العقارية بسبب التراخى فى سداد أقساط ثمن الوحدة ، لما يسببه ذلك من تأثير سلبى على عملية الائتمان .

* الاستعانة ببعض عناصر الانشاءات المعدنية سريعة الفك والتركيب فى انشاء مشروعات اسكان الطوارئ ، بحيث يراعى فى تصميمها وتجهيزاتها ألا تتوافر فيها وسائل الراحة الكاملة بحيث يمكن إخلاء شاغليها بسهولة الى وحدات دائمة عند توفرها .

* ترميم مستلزمات البناء مثل الباب والشباك والأدوات الصحية ، والأخذ بالمقاسات النمطية لمشمولات الوحدة تلافيا للفاقد فى عملية

البناء .

* تشجيع انشاء شركات عامة أو خاصة متخصصة فى صيانة الوحدات السكنية تتقاضى عن كل وحدة مبلغا شهريا أو سنويا محددا نظير التزامها الكامل بصيانة هذه الوحدة من مختلف الوجوه .

* ضرورة استكمال مراكز التدريب المطلوبة لقطاعى الاسكان والمرافق مع تطوير التعليم الفنى بما يحقق التوسع فى التدريب المطلوب والأخذ بمبدأ التلمذة الصناعية .

والزام الشركات العاملة فى هذا المجال بالتوسع فى انشاء مراكز التدريب بها واعطاء حوافز للشركات التى تقيم هذه المراكز ويثبت فاعليتها .

* تشكيل اتحادات لشاغلى الوحدات السكنية على نمط اتحادات الملاك .

* النظر فى اختيار الوسائل المناسبة التى تكفل العدالة المتوخاة لكل من المالك والمستأجر ، وخاصة بالنسبة للإيجارات القديمة مع الأخذ بمبدأ الإيجار المتزايد بالنسبة لها فى حدود مدة معينة تتوقف عندها الزيادة ونسبة مقبولة أسوة بما اتبع بالنسبة للأماكن غير المعدة للسكنى ويمكن البدء فى ذلك بالاحياء الراقية التى يقطنها القادرون .

* زيادة مساهمة مدخرات الأفراد فى التمويل عن طريق أن يترك لهم كمنتفعين تكملة وحداتهم السكنية على أساس أن يكون البناء على صورة طوابق متعددة مع اتمام جميع الأعمال الخارجية وترك الأعمال الداخلية - ماعدا نورات المياه والمطابخ - ليكملها المنتفع بمعرفة طبقا لضوابط محددة.

* العناية بالنواحي الجمالية فى مشروعات الاسكان الاقتصادى والمتوسط .

* أن تنفذ المحليات أحكام القانون الحالية والتى تقضى بالمشاركة فى تشطيب المساكن التى توقف أصحابها عن اتمامها والتى تمثل عددا

الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧

تطوير نظم المناقصات والمزايدات فى مجال التشييد والمقاولات

ترتبط صناعة التشييد والمقاولات ، وكذلك الأعمال الاستشارية الهندسية ، ارتباطا وثيقا بمشكلة الاسكان ، الى جانب دورها الأساسى المتشعب فى التنمية ، ولما تؤديه من جهود لمواجهة احتياجات النمو الاقتصادى والاجتماعى المتزايدة .

ورغم الجهود المبذولة للنهوض بصناعة التشييد والمقاولات وتخليصها من المعوقات والسلبيات التى تواجهها ، فان التقييم الموضوعى يؤكد أنها بإمكاناتها الراهنة ، لاتؤدي دورها كاملا فى تلبية احتياجات المجتمع ، من حيث الجودة والتوقيت والتكلفة . ويعود السبب فى عدم وصول كفاءة هذه الصناعة الى المستوى المرجو الى كثير من المشكلات التى لاتزال تعاني منها ، ومن بين هذه المعوقات قصور القوانين والنظم المتعلقة بالتعاقدات وشراء وتوريد المواد المختلفة .

كما واجهت المكاتب الاستشارية الهندسية وبيوت الخبرة العديد من الصعاب فى أداء دورها الهام فى إعداد التصميمات لمشروعات التنمية فى كافة المجالات . وقد أدى عدم وجود قانون ينظم هذه المكاتب الاستشارية الى كثير من السلبيات فى ممارستها العملية . ثم جاء

هائلا مضى عليه وقت طويل دون تشطيب .

* إعادة النظر فى الالتزام الذى يقضى بعدم الارتفاع بالمبنى عن مرة ونصف من نهر الشارع وذلك بالنسبة لما تم انشاؤه من أنوار زائدة طالما أن المبنى يحتمل فنيا بقاء الأتوار الزائدة ، لصعوبة الهدم بل واستحالتة فى احيان كثيرة من ناحية ، ولما يحققه ذلك من مساهمة فعلية فى تفريغ حدة أزمة الاسكان من ناحية أخرى - على أن تتحول العقوبة الى فرض غرامات مالية جسيمة للمخالفين تخصص لصندوق الاسكان الاقتصادى ، مع وضع الأحكام والاجراءات الحازمة للحيلولة دون تكرار ذلك مستقبلا .

* وضع النظم الكفيلة بتصنيف المقاولين وفقا لامكانياتهم وخبراتهم وتخصصاتهم بما يؤدي الى تحديد حجم ونوعية العمل الذى يسمح لكل منهم بالتقدم بعطاءاته لتنفيذه .

* انشاء الاتحاد المصرى لمقاولى البناء والتشييد والتعجيل باصدار القانون الخاص بذلك حتى يتولى إعداد تنظيم شامل لصناعاتى المقاولات والتشييد التى تتوزع أنشطتها حاليا بين عدة جهات - شركات ووحدات القطاع العام والخاص والمكاتب الاستشارية والنقابات وأصحاب الأعمال وأجهزة الحكم المحلى - بما يحقق التنسيق بينها ويواجه أوجه القصور التى تعانيها هذه الصناعة .

* انشاء " مجلس تنمية صناعة التشييد " تمثل فيه الأطراف المعنية ويكون مسئولا عن تحديد وتحديث وتطبيق البرامج اللازمة للتنمية المستمرة للصناعة .

* ضرورة وجود جهة مركزية تكون مسئولة عن متابعة التغيرات والعوامل التى تؤثر على تكلفة التشييد ، وإصدار المعايير القياسية التى تتخذ أساسا لتعديل أسعار المقاول حتى تكون سندا فى تعويضه عما لحقه من خسائر نتيجة لهذه المتغيرات . مع ضرورة إعادة النظر فى لائحة المناقصات والمزايدات لمسايرة ذلك .

القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ وما استلزمه من ضرورة تطبيق نفس القواعد والأسس التي تتبع في التوريدات والمشتريات على أعمال التصميم والاستشارات - وهي أعمال ذهنية خالصة - مما أدى الى تعثر جهود بيوت الخبرة . وغنى عن الذكر أن هذه البيوت مؤسسات قومية وهي العقل المفكر والمدير وراء مشروعاتنا . وليس من المصلحة العامة أن تظل المعوقات الحالية تقيد حركة مؤسساتنا الاستشارية وتمنعها من القيام بمسؤولياتها على الوجه الاكمل ، مما يحقق تصميميا جيذا لمشروعاتنا وترشيدا كبيرا في الانفاق عليها ودراسة متعمقة في إعدادها .

لقد كانت القواعد التي تركز عليها السياسة العامة للشراء والتوريدات وأعمال المقاولات والأعمال الاستشارية ينظمها القانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ ، ثم أعيد النظر في هذا القانون بعد أن تبين قصوره عن استيعاب المتغيرات الكبيرة التي استجدت في هذه المجالات خلال الفترة الطويلة التي طبق فيها . ثم صدر القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ في شأن تنظيم المناقصات والمزيدات ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزير المالية رقم ١٥٧ لسنة ١٩٨٣ ، مستهدفا ارساء قواعد الشراء والتعاقدات على أسس سليمة ، هذا بالإضافة إلى مجموعة من التعليمات والكتب الدورية ، أصدرتها وزارة المالية ، لتفسير وتيسير تطبيق أحكام القانون ولائحته التنفيذية . ولكن الفترة التي طبق فيها هذا القانون أبرزت بوضوح قصورا في بعض بنوده ، انعكس بصورة مباشرة على أداء أعمال المقاولات والاستشارات الهندسية .

وعلى ضوء المشاكل والصعوبات التي واجهت صناعة البناء والتشييد - والتي واجهت أيضا المكاتب الاستشارية والتي تكتشف عند تطبيق القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية وفي ضوء ما تكتشف أثناء الممارسة الفعلية للقانون السابق ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ من صعوبات لم يعالجها القانون الجديد ولائحته التنفيذية - رؤى دراسة الموضوع بالمجلس ، بمعرفة مجموعة من المتخصصين ذوي الخبرة العملية في مجال تنفيذ عقود المقاولات ، بالإضافة الى خبرتهم في مجال

الاستشارات الهندسية ، حتى تكون الاقتراحات والتعديلات موضوعية ، تستهدف العدالة وتكافؤ الفرص لأطراف التعاقد ، بحيث يتحقق معها ممارسة أفضل للاستشارات الهندسية ، وبما يتفق مع الأهداف التي صدر من أجلها القانون ولائحته التنفيذية .

صناعة التشييد وأعمال المقاولات

تعتبر صناعة التشييد ، ومن ضمنها نشاط المقاولات ، من الركائز الأساسية في خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي تهدف الدولة من ورائها الى رفع مستوى المعيشة وتوفير فرص العمل للمواطنين ، الأمر الذي ترتب عليه تخصيص حوالى ٤٥٪ من خطة الاستثمارات السنوية لتلك الصناعة ، مع تأثيرها ايجابيا في باقى نسبة الاستثمارات البالغة ٥٥٪ ، حيث لا يمكن الاستفادة من مشروعات الخطط شاملة مشروعات الانتاج وأعمال الخدمات وتشغيلها الا بإقامة المباني والمنشآت الخاصة بتلك المشروعات .

وقد بلغت جملة استثمارات التشييد ، في السنة المالية ١٩٨٥ /

١٩٨٦ ، حوالى ٧٩٩٤ مليون جنيه موزعة على النحو التالى :

٤٤٦ مليون جنيه للزراعة واستصلاح الاراضى

٦٠٩ مليون جنيه للكهرباء

٥١١ مليون جنيه للرعى والصرف

١٧١٧ مليون جنيه للصناعة

٣٢٢ مليون جنيه للبترول

١٦٨٠ مليون حنيه للتعليم

٧٢٨ مليون جنيه للصحة

وقد رأت الحكومة أن أسلوب المناقصات في أعمال المقاولات يستدعى بالضرورة وضع القواعد والأسس التي تنظم التعامل بشأنه مع شركات المقاولات ، سواء كانت شركات القطاع العام أو شركات القطاع الخاص أو شركات القطاع المشترك أو الاستثمارى ، وكذلك التعامل بشأنه مع الافراد .

لذلك صدر القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ فى شأن تنظيم المناقصات والمزايدات ، معدلا للقانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ الذى استمر التعامل به فى هذا المجال ٢٩ سنة ، كما أصدر وزير المالية اللائحة التنفيذية الخاصة به بالقرار الوزارى رقم ١٩٥٧ لسنة ١٩٨٣ .

ويتناول القانون فى أبوابه الثلاثة الموضوعات الآتية :

الباب الأول : المواد من (١) الى (٢٩) تتناول شراء المنقولات وتقديم الخدمات وأجراء المقاولات عن طريق مناقصات عامة يعلن عنها مع جواز الاستثناء بقرار مسبب من السلطة المختصة باحدى الطرق كالمناقصة المحدودة والمناقصة المحلية والممارسة والانفاق المباشر وذلك فى الحدود ووفقا للشروط والأوضاع المبينة فى القانون والقرارات المنفذة له .

الباب الثانى : المواد من (٣٠) الى (٣٤) وتتناول بيع المنقولات وتأجير المقاصف وغيرها عن طريق مزاييدة علنية عامة أو محلية أو بالمظاريف المغلقة ويجوز عند الضرورة التصرف بالبيع أو الايجار دون مزايدة اذا لم تزيد القيمة عن ١٠٠٠ جنيه (ألف جنيه) وذلك طبقا للقواعد والاجراءات التى تبينها اللائحة التنفيذية .

الباب الثالث : المواد من (٣٥) الى (٤٠) وتتناول الأحكام العامة من حيث عدم جواز التعاقد الذى تزيد قيمته على ٥٠٠٠ جنيه (خمسة آلاف جنيه) دون أخذ رأى الجهة المختصة - مجلس الدولة - كما تحظر الوساطة فى التعاقد - وجواز تعاقد الجهات الخاضعة للقانون فيما بينها بطبق الاتفاق المباشر - ويحظر على العاملين ب وحدات الجهاز الادارى للدولة ووحدات الحكم المحلى والهيئات العامة التقدم بعطاءات أو عروض لتلك الجهات ، كما لايجوز اللجوء الى تجزئة العطاءات بقصد التحايل . كما نصت المادة ٤٠ على اعتبار أحكام اللائحة التنفيذية لهذا القانون جزءا مكملا لشروط العطاء يخضع لها العقد .

ويلاحظ أن الأحكام الخاصة بالمقاولات وردت بالبواب الأول من

القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ فى المواد (١) الى (٢٩) متداخلة فى اجراءات شراء المنقولات وتقديم الخدمات ، ورغم أهميتها القيمة التى

تمثل الجزء الأكبر من نشاط التشييد ، الذى بلغت قيمته فى السنة المالية ١٩٨٥/١٩٨٦ ثلاثة آلاف مليون جنيه . أما خلال الخطة الخمسية ١٩٨٢ / ١٩٨٧ فكانت قيمته ١٦ ألف مليون جنيه من جملة قيمة الخطة البالغ قدرها ٢٤ ألف مليون جنيه ، كل ذلك محسوبا بقيمة سنة الأساس ١٩٨٢ . من ذلك نرى أن القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية لم يقررا ضمن نصوصهما لنشاط المقاولات ما يستحقه هذا النشاط من أهمية . ومن البديهي أن القواعد والاجراءات الخاصة بالشراء وتوريد المنقولات والخدمات لاتتلاءم مع طبيعة نشاط المقاولات ، وقد أدى تدخلها الى مزيد من التعقيدات الادارية والمالية .

وخلال الفترة الزمنية بين صدور القانون رقم ٢٣٦ لسنة ١٩٥٤ ، والقانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ، حدث الكثير من التغييرات الهامة والمؤثرة فى مجال المقاولات ، وعلى سبيل التحديد : فقد تم تأمين أغلبية شركات المقاولات فى الستينات ، وتأمين شركات مواد البناء وغيرها من الشركات الصناعية والتجارية . كما صدرت قرارات بتكليف بعض شركات المقاولات من القطاع العام للقيام بتنفيذ عمليات ومشروعات تابعة لوزارات الدولة ، ولاتزال تصدر حتى الآن قرارات مماثلة ، استنادا الى قوانين وقرارات جمهورية صدرت فى هذا الشأن .

والجدير بالذكر أن أسلوب تقدير تكلفة المشروعات التى تكلف بها الشركات يختلف اختلافا بينا عما ورد بالقانون الملغى رقم ٢٣٦ ، أو القانون الحالى رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ . وتجدر هنا الاشارة الى أن شركات القطاع العام تقوم حاليا بتنفيذ حوالى ٧٠٪ من قيمة استثمارات مايرصد فى خطة التشييد ، أما القطاع الخاص فيتولى مباشرة تنفيذ الـ ٣٠٪ الباقية ، بالإضافة الى حوالى ٣٠٪ أخرى من باطن القطاع العام .

وتتبع شركات مقاولات القطاع العام سبع وزارات هى : الاسكان والمرافق - التعمير والمجتمعات الجديدة - استصلاح الاراضى - الري - النقل والمواصلات - الكهرباء - الصناعة والبتترول . ولكل وزارة من هذه

- إزالة المعوقات التي تقيد حركة مؤسساتنا الاستشارية ، لتقوم بمسئولياتها على الوجه الأكمل ، وبما يحقق تصميمًا جيدًا لمشروعاتنا ، وترشيدها في الانفاق عليها ، ودراسة متعمقة في إعدادها .

- تيسير السبل أمام المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة ، لتقوم بممارسة نشاطها على أسس سليمة ، بحيث تؤدي دورها الحيوي في التنمية الشاملة .

- التأني ببيوت الخبرة عن تيارات المنافسة المادية ، بحيث تتسم المفاضلة بين ماتقدمه من عروض على أساس : العنصر الفني ، والقدرات العلمية والخبرات العملية . على أن تأتي الناحية المادية كعنصر من عناصر الترجيح عند تساوي التقييم الفني .
وجدير بالذكر أن المجلس أكد على ضرورة ذلك في تقريره عن سياسة صناعة التشييد والمقاولات بدورته الثالثة .

الأعمال الاستشارية والقانون رقم ٩ لسنة ٨٣ :
يستخلص من بعض نصوص وأحكام القانون رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ ولائحته التنفيذية مايلي :

أولا : اعتبر القانون أن شأن الأعمال الاستشارية هو نفس شأن مقاولات الأعمال ومقاولات النقل وتوريدات الأصناف المختلفة ، من مصنوعات ومهمات وحيوانات وطيور وغيرها ، برغم الاختلاف الكامل بين طبيعة الأعمال الاستشارية المهنية وبين أعمال المقاولات والتوريدات ، وهذا الاختلاف البين يستلزم أن تكون اجراءات اختيار المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة مختلفة عن اجراءات اختيار الموردين والمقاولين . ولكن القانون استلزم تطبيق اجراءات واحدة على نشاطين لكل منهما طبيعة مختلفة عن الآخر ، برغم أن مايجرى على أحدهما لايعنى بالضرورة أن يجرى على الآخر .

ثانيا : استوجب القانون ، نصا وروحا ، أن يكون العنصر الأساسي للاختيار بين عروض الموردين والمقاولين والمكاتب الاستشارية وبيوت

الوزارات نوعية خاصة من الأعمال المتخصصة تختلف في طبيعتها عن الأخرى ، مما يتطلب وجود قواعد تنظيمية أو لوائح خاصة بكل وزارة من هذه الوزارات ، تنظم التعاقدات والمقاولات فيها بمسايلائم طبيعة نشاطها .

كما أن الدراسات التي تمت في أوائل الثمانينات - بين المسؤولين عن التشييد بوزارتي الاسكان والمرافق والتعمير واستصلاح الأراضي وبعض الوزارات الأخرى بالاشتراك مع معهد بحوث البناء والتخطيط العمراني ، ومع خبرات أجنبية متخصصة ، قام البنك الدولي للانشاء والتعمير بتمويلها - انتهت الى ضرورة قيام جهاز قومي للإشراف على تنفيذ توصيات الدراسة بتلك الصناعة والتنسيق بين قطاعاتها المتعددة ، وكذلك ضرورة قيام اتحاد وطني للمقاولين لتنظيم نشاط المقاولات في القطاعين العام والخاص .

وعلاجا لما سبق ، أصبح من الضروري تطوير نظام المناقصات والمزايدات في صناعة التشييد والمقاولات والتعاقدات في مجال الاستشارات الهندسية ، بما يحقق الأهداف الآتية :

- تلافي جوانب القصور التي أبرزها التطبيق ، في بعض بنود القانون الحالي - رقم ٩ لسنة ١٩٨٣ - ولائحته التنفيذية ، والتي انعكست آثارها السلبية على أداء قطاع التشييد والمقاولات ، وأعمال الاستشارات الهندسية .

- تحقيق المرونة وتبسيط اجراءات التعاقد ، مع ضمان حسن تصميم وإدارة المشروعات .

- تحقيق تكافؤ الفرص لأطراف التعاقد من حيث الحقوق والواجبات . مع القضاء على ماينشأ من نزاع مستمر بينهم . حتى يمكن تجنب الأضرار المادية والأدبية الناتجة عن ذلك ، وخاصة تأخير الانتفاع بالمشروعات في التوقيات المقررة لها ، ومايتبع ذلك من تعثر في خطط التنمية .

الخبرة هو : السعر الأقل ، وأن جاز ذلك فى بعض المجالات مثل التوريدات والمقاولات ، الا أنه لايجوز فى مجال الاستشارات وأعمال الخبرة والأعمال المهنية . وذلك لأن العنصر الفنى فى هذا المجال لا يقل عن العنصر المالى ، ان لم يفقه فى عملية الاختيار والمفاضلة بين العروض المختلفة .

ثالثا : استلزم القانون ولائحته التنفيذية أن تجرى الممارسة بين المستشارين والخبراء والمسئولين عن المكاتب الاستشارية وبيوت الخبرة ، مجتمعين ، فى جلسة علنية للوصول الى أقل سعر ممكن .

والواقع أن نشاط الاستشارات وأعمال الخبرة هو نشاط ذهنى فى المقام الأول ، ويتسم بالابتكار الفنى ، ويعتمد أساسا على الامكانيات والقدرات الذاتية الفكرية والعقلية ، وفى كثير من الأحيان يتجاوز العمل الفنى الحدود المعروفة الى آفاق جديدة من الابداع .

ويمر هذا العمل ، خصوصا اذا كان هندسيا ، بمراحل ثلاث :

المرحلة الاولى : تشتمل على جمع البيانات والاحصاءات والقيام بالدراسات التحليلية التمهيدية .

المرحلة الثانية : : تشتمل على إعداد التصميمات وتحديد سياسات ونظم مكونات المشروع .

المرحلة الثالثة : تشتمل على إعداد الرسومات والمواصفات والتفاصيل التى تخرج التصميم من مجاله الفكرى الى مجاله الموضوعى وتجعله مفهوما للمقاولين للتنفيذ بموجبه .

وتعتمد كل مرحلة من هذه المراحل على ثلاثة عناصر أساسية هى :

- الكفاءة الفنية لكل من العاملين فيها ومدى خبرتهم العملية السابقة ، ومستواهم العلمى فى تخصصاتهم المختلفة ، وقدرتهم على التقدير السليم ، والوصول الى الحلول الملائمة التى تحقق أكبر درجة من احتياجات صاحب المشروع .

- أعداد ونوعيات الاختصاصيين الذين يقوم المكتب الاستشارى أو

بيت الخبرة بحشدهم لإعداد المشروع .

- المدة التى يستغرقها كل أخصائى فى إعداد الجزء الخاص به .
ولما كان إعداد كل مرحلة من المراحل السابقة يعتمد على القدرات الذهنية الذاتية لكل من القائمين بها ، فإن المشروع فى صورته التصميمية أو فى صورته النهائية يختلف من مكاتب الى آخر . ولوكلفنا عددا من المكاتب الاستشارية بتصميم مشروع واحد كمستشفى أو جامعة أو متحف مثلا ، لجاء تصميم كل مكتب مختلفا اختلافا بينا عن تصميم غيره من المكاتب ، كما تختلف هذه التصميمات فنيا فيما بينها ، وذلك لتفاوت قدرات القائمين بها . ومن البديهي أن العنصر الفنى هو العنصر الحاكم فى ترتيب هذه التصميمات حسب أولوياتها ، كما أن من مصلحة الجهة الادارية أو المالك اختيار أفضل هذه التصميمات فنيا لتنفيذ المشروع .

ويتضح مما سبق حقيقتان أساسيتان :

- أن طبيعة الاستشارات الفنية - لكونها عملا ذهنيا ذاتيا يسعى دائما الى ايجاد حلول جديدة ومبتكرة - تجعل من غير الممكن اخضاع عملية التصميم والابتكار لمواصفات محددة ومبسقة .

أما فى حالة شراء أصناف أو مهمات أو ماشابهها ، فمن الممكن وضع مواصفات دقيقة لها يتم التوريد على أساسها وطبقا لما تتضمنه من أصناف وشروط . ويعتبر هذا الاجراء ضروريا .

- أن التصميمات والعروض الفنية المقدمة من المكاتب الاستشارية تختلف فنيا فيما بينها تفاوتا كبيرا ، مما يستوجب استخدام مقاييس فنية للمفاضلة بينها واختيار أحسنها . وفى حالة توريد أصناف معينة فمن المفروض أن تتشابه هذه الأصناف فى أشكالها وخصائصها وأن تختلف موريدها ، وذلك لأنها صنعت ووردت حسب مواصفات موحدة طبقت عليها جميعا . ونظرا لافتراض تشابهها فإن العنصر المالى يصير بداية هو الفيصل فى اختيار احدها دون غيرها .

يتراوح بين سبعة وعشرة فى المائة من تكلفة المشروعات ، ومتوسط ماتحصل عليه الشركات والمكاتب الاستشارية المصرية يتراوح بين ثلاثة فى المائة وخمسة فى المائة ، ومنذ تطبيق هذا القانون انخفضت نسبة الاتعاب الى ثمانية من عشرة فى المائة ، وأحيانا الى نصف فى المائة ، ومن المستحيل عمليا إعداد مشروع على درجة فنية مقبولة يمثل هذه النسبة البالغة الانخفاض ، وقد أدى تطبيق هذا القانون الى أن المكاتب الاستشارية الكبيرة وفيها صفوة أهل الرأى والعلم ، تجنبت الدخول فى هذه الممارسات ، تاركة المجال لفئات أقل كفاءة وخبرة .

ومن الواجب ، تحقيقا للمصلحة العامة وحفاظا على مقومات بيوت الخبرة ، وفيها أكفأ العناصر فى مجال العلوم الفنية ، أن تتأى بهم الدولة عن تيارات المنافسة المادية التى تقوم فى غير ذلك من الأعمال - حفاظا على جوهر العمل العلمى وأفاقه العالية ، وحتى لايطغى الوضع المادى للعروض التى تتقدم بها بيوت الخبرة على المجال الفنى للأداء ، ويضطرب تبعاً لذلك معيار المفاضلة بين هذه البيوت . لذلك فإن الأمر يستلزم وضع قواعد جديدة خاصة بالأعمال الاستشارية يتم على أساسها تقييم العروض ، بحيث تكون المفاضلة على أساس العنصر الفنى ومدى القدرات العلمية والخبرات العملية لدى بيوت الخبرة ، وكفاءة الاستشاريين العاملين بها ، بحيث تكون الناحية المادية ، أى المالية ، عنصرا من عناصر الترجيح عند تساوى التقييم الفنى .

وهذا وقد سبق لبعض لجان مجلس الدولة أن أصدرت عدة فتاوى قبل صدور هذا القانون تنص جميعها على أن عقود الأعمال الاستشارية لاتخضع وجوبا لأحكام قانون ولائحة المناقصات والمزايدات .

* وتحقيقا لما تقدم ، سيقوم المجلس بإعداد مشروع متكامل بالتعديلات التشريعية اللازمة ، متضمنة وجهات نظر شعب المجلس المعنية بهذا الموضوع ، نظرا لارتباطه بكثير من الأنشطة على المستوى القومى ، وذلك على ضوء السياسات والمقترحات السابقة .

وإذا تجاهلنا الناحية الفنية عند اختيار المكاتب الاستشارية لإعداد تصميمات مشروعاتنا وأخذنا العروض المالية المقدمة كأساس للاختيار - وهو مايتطلبه القانون الحالى - لكنت النتيجة بالغة الخطورة .

وينبغى أن يلاحظ هنا : أن المكاتب ذات الامكانيات الفنية المحدودة يمكنها التقدم بعروض مالية منخفضة لاستطيع أن تجاريها فيها بيوت الخبرة ذات الكفاءة الفنية العالية . بالاضافة الى أنه ليس لديها القدرات التنظيمية والادارية الكافية التى عادة ماتكون متوفرة لدى المكاتب الأكثر كفاءة وقدرة .

وفى بعض الأحيان ينقص مثل تلك المكاتب التصور السليم لأبعاد وطبيعة المشروعات المتقدمة لها والطريقة المثلى لإعدادها ، لذا تجيء عروضها المالية مقدرة على أساس استخدام أعداد ونوعيات من الأفراد دون المستوى المطلوب لاجراج تصميمات جيدة ومقبولة تتلام مع أهمية المشروعات التى أرسيت عليها .

وكثيرا ماتأتى هذه المشروعات ، بجانب قصورها من الناحيتين الانشائية والوظيفية ، أكثر تكلفة من الأعمال الجيدة التصميم .

وفى ظل تطبيق هذا القانون نشأ الاضطراب الى ترك أفضل العناصر والكفاءات الفنية لتصميم المشروعات ، وعهد بها الى جهات أقل كفاءة بكل مايحتمله هذا الاجراء من مخاطر ، جريا وراء تخفيض فى الاتعاب يكاد لا يذكر بجانب التكلفة الكلية للمشروع . مع العلم بأن المكاتب الاستشارية ذات الامكانيات الفنية الكبيرة والتى تتوفر لديها الخبرات العالمية ، هى القادرة - دون غيرها من المكاتب الاستشارية المحدودة الامكانيات الفنية والخبرات - على نقل التكنولوجيا المتطورة من الخارج للاستفادة بها فى مشروعاتنا وتطويع هذه التكنولوجيا لتتلاءم مع ظروفنا المحلية .

أن متوسط ماتحصل عليه المكاتب الأجنبية من أتعاب فى بلادها

الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨

التنمية العمرانية للقرية

قام المجلس خلال دوراته : الأولى والثالثة والخامسة ، بدراسات استهدفت رسم سياسات لتطوير وتنمية القرية المصرية الاقتصادية من كافة الجوانب الاقتصادية والاجتماعية . واستكمالا لتلك الدراسات انتهى المجلس الى هذه الدراسة عن التنمية العمرانية للقرية بهدف الوصول بها الى المستوى المناسب للمعيشة ، من ناحية السكن ، والصرف الصحى ، ومياه الشرب ، والكهرباء ، والاهتمام بشبكة الطرق والمواصلات . بحيث تنهى للقرية المصرية بيئة عمرانية مناسبة تشكل ضرورة هامة لوضع تصور حضارى شامل للريف المصرى يواجه به تحديات العصر ، خاصة وأن النظام الاجتماعى والاقتصادى الذى عاشته القرية المصرية دهورا طويلة قد أخذ فى التقهقر تاركا مكانه لنظام جديد لم تتضح ملامحه بعد . كما ان العلاقات الاجتماعية والاقتصادية التقليدية لم تعد قادرة على احتواء المتغيرات الجديدة ، واصبح من الضرورى البحث عن نمط جديد وعلاقات جديدة أكثر ملاءمة لها .

التغيير فى التركيب الاجتماعى والسكانى :

تتركز أهم أسباب التغيير فى التركيب الاجتماعى والسكانى للقرية فى العوامل الآتية :

- التغيير الاجتماعى الكبير الذى صاحب قوانين اصلاح الزراعى فى أواسط القرن وما نتج عنه من اختفاء الملكيات الكبيرة وظهور طبقة من صغار الملاك كانوا أصلا معدمين أو أجراء ، وقد أدى هذا التغيير الى تقارب طبقي وعلاقات اجتماعية أكثر ديناميكية عما كانت عليه فى الماضى .

- التوسع فى التعليم بدرجاته المختلفة مما اتاح فرصة كبيرة للتعليم وترك الزراعة مهنة الآباء والأجداد والبحث عن مهن حضرية تتيح فرصة أكبر لارتقاء السلم الاجتماعى .

- تحسن وسائل المواصلات والاتصالات والاعلام ساهم فى إيجاد ارتباط أوثق بين القرية والمدينة واختفت تقريبا العزلة التقليدية التى حجبت القرية عن التفاعل الحيوى مع غيرها .

كما أن دخول الكهرباء واستخدامها فى الانارة والتوسع فى استخدام الأجهزة الكهربائية مثل التليفزيون أدى الى تغير العديد من العادات الريفية التى كانت مستقرة .

- تجاوزت الهجرة الى الدول النفطية المرحلة الفردية وأصبحت اتجاها عاما داخل القرية له تأثيره الكبير فى تغيير الحياة بها .

- الاختفاء التدريجى للآلات الزراعية التى استخدمت فى الزراعة منذ فجر التاريخ واحلال الميكنة مكانها ، كما ظهرت فى الآونة الأخيرة بعض القرى المنتجة لصناعات يدوية على درجة عالية من الجودة مثل السجاد والنسيج . وأصبح لهذه القرى وظيفة مزدوجة أدت الى نشأة طبقة جديدة على مجتمع القرية التقليدى لا تعمل بالزراعة ولكن تعمل بمهن وحرف حضارية ، وازداد تدريجيا عدد أبناء هذه الطبقة كما ازداد اثرهم حتى يمكن القول بأن مجتمعين متجاورين ولكن شبه منفصلين يعيشان الآن داخل القرية بنمطين مختلفين ، أولهما مجتمع تقليدى يعمل بالزراعة وثانيهما مجتمع جديد يعمل بمهن وحرف غير زراعية ، يتميز بأنه أقل تحمسا للمحافظة على القيم والعلاقات الاجتماعية التقليدية

وامكانات كبيرة نسبيا ، نشأت تجمعات سكنية - خارج كتلة القرية الدائرية - ذات شوارع متقاطعة وهو النمط التخطيطي التقليدي للمدينة والذي يمكن معه الامتداد المستمر على الأرض الزراعية فى الاتجاهات الأربعة ما لم يحل دون ذلك عائق طبيعى مثل النهر أو السكة الحديد أو الجبل أو تحديد لكرودن القرية يقف الامتداد العمرانى دونه .

كما أن الطرق الرئيسية بالقرية أصبحت مجالا حيويا للنشاط الحرفى والتجارى . كما ظهر النشاط المهنى مثل عيادات الأطباء والصيديات ومكاتب المحامين وأن كان بدرجه اقل .

ونشأ التوسع العمرانى بالقرية مع احتياجات السكان ولم يخضع لأى اشراف هندسى أو أى نوع من أنواع التخطيط ولم يكن له أى تشريعات تحكمه أو توجه عمليات توسعه الا فى عدد محدود من القرى .

وفى غيبة التخطيط المتكامل ومع الارتفاع الكبير نحو البناء اختفت المساحات المفتوحة داخل القرية (الأجران) ، كما ان الامتدادات الجديدة خلت ايضا من مثل هذه المساحات ومن الخدمات الأساسية . وتتسم الشوارع بضيق كبير يعوق الخدمة خاصة فى أوقات الطوارئ ، كما أن كثافة المباني والاستخدام الكامل لمسطح الأرض أدى بالضرورة الى زيادة كبيرة فى أسعار الأراضي داخل الكتلة السكنية وخارجها حتى قاربت مثيلاتها بالحضر .

ثانيا : الوضع الاسكانى :

تتكون الكتلة السكنية من منازل بسيطة من الطوب اللبن أو المحروق فى بعض الحالات وتتميز تلك البيوت بالبساطة والانفتاح الى الداخل على حوش داخلى تزرع به أحيانا شجرة أو أكثر، وغالبا ما يخرج من الحوش سلم بسيط مصنوع من الخشب أو مبنى من الطوب ، يوصل الى السطح الذى يوجد به أحيانا حجرة أو أكثر تستخدم مع الأجزاء المطلة أو المفتوحة من السطح للمعيشة الخارجية فى الصيف أو التخزين فى الأجزاء المفتوحة .

واكثر رغبة فى إحداث تغييرات جذرية فى المجتمع الريفى ، وكان لابد أن يكون لتواجد هاتين الطبقتين فى حيز مكانى واحد تأثير مباشر على تخطيط القرية ونمط الاسكان بها .

الأوضاع الحالية

يسكن اهل الريف فى حوالى ٤٢٠٠ قرية الى ٥٠٠٠ قرية ويتراوح سكان كل منها ما بين ألفين وعشرة آلاف نسمة . وتتكون القرية من الكتلة السكنية والخدمات العامة والأراضي الزراعية الواقعة فى زمامها وتتراوح الكتلة السكنية بين ٣٠ و ٢٥٠ فدان كما يتراوح الزمام للقرى ما بين ١٠٠٠ فدان - ٥٠٠٠ فدان .

أما النسبة المئوية لمساحة الكتلة السكنية بالنسبة لمساحة الزمام فتختلف ما بين ١٢٪ و ٢٢٪ .

وغالبا ما تحيط بالقرية الاصلية وفى نطاق زمامها الزراعى تجمعات سكنية صغيرة على شكل كفور ونجوع وعزب لتكوين سكن اصغر من القرية ويتبعها اداريا ويعتمد عليها فى الخدمات العامة ويبلغ عددها حوالى ٢٥٠٠٠ تجمع .

أولا : الوضع التخطيطى :

القرية المصرية عبارة عن كتلة سكنية دائرية الشكل تقريبا يحيط بها من الخارج طريق يسمى دابر الناحية لا يزيد عرضه فى معظم الاحوال على ستة أمتار ، ويتفرع من دابر الناحية طرق اخرى أقل فى العرض وغير مستقيمة فى الغالب ومتوغلة داخل الكتلة السكنية ، وقد يصل عرض بعض تلك الطرق الثانوية الى متر ونصف وغالبا ما تكون نهايتها مسدودة دون الالتقاء بممرات اخرى وهى جميعا ترابية .

وغالبا ما توجد ساحة مفتوحة متصلة بطريق دابر الناحية ، تسمى هذه الساحة (بالجرن) وتستخدم فى اللقاءات والأنشطة العامة وتكون هذه المساحة إما ملكية خاصة أو عامة .

ومع ظهور الطبقة الجديدة غير الزراعية بقيم وتطلعات حضرية

والتنظيم الداخلى للمساكن متشابه ، ففي كل مسكن مساحة غير مسقوفة تتوسطه تسمى « وسط الدار » وتقع حولها الحجرات المختلفة وحظيرة الماشية والفرن ، كما توجد الحصىرة ويجوارها حجرة لحفظ اللبن والبيض .

وعموما فان مساكن القرية يتكون حوالى ١٠٪ منها من حجرة واحدة ، ٤٠٪ يتكون من حجرتين ، ٢٥٪ يتكون من ثلاث حجرات ، وان ثلث هذه المساكن مكون من دور واحد والثالث الآخر من دورين .

ومعظم مساكن الريف لا يتوفر بها الحد الأدنى من المتطلبات الصحية والأمنية نظرا لسوء الاضاءة والتهوية والافتقار الى مصدر للمياه النقية وانعدام المرافق الصحية ووجود المواشى داخل السكن وتخزين الوقود والحاصلات الزراعية فوق الأسطح وما ينفوى عليه من اخطار الحريق .

وتوجد منازل اكبر من السالف ذكرها مثل بيت العائلة « الدوار » الذي يحتوى على عدد كبير من الغرف الفسيحة ، بالاضافة الى صالة كبيرة ، منها جزء مفتوح ومندمج مع الحوش الداخلى يستغل للأغراض والمناسبات المختلفة .

وفى الفترة الأخيرة استشرت ظاهرة العدوان على الاراضى الزراعية واستخدام الخرسانة والطوب الأحمر نظرا للاعتقاد بأن المباني الخرسانية اطول عمرا وأبهى مظهرا من المباني التقليدية ، كما أنها تجسد مقدرة مالية للمالك ومدعاة له بالتباهى . وتترواح ارتفاعات المباني من دور إلى أربعة أدوار ، وتشتمل على وحدات سكنية منفصلة تخصص للأبناء أو تاجر للغير . ويمكن القول ان النمط الاسكانى فى هذه المناطق لا يختلف كثيرا عن نمط الاسكان العشوائى داخل المدن .

ثالثا : الخدمات العامة :

ظلت القرية المصرية ولفترة طويلة محرومة من معظم الخدمات ، وقامت الوزارات المختلفة منذ بداية هذا القرن بإنشاء وحدات خدمية

بالريف المصرى بصورة منفردة دون تنسيق بين هذه الوحدات . فانشأت وزارة الشؤون الاجتماعية مراكز اجتماعية فى بعض القرى بلغ عددها حوالى ١٦٠ مركزا حتى عام ١٩٦٠ ، واقامت وزارة الصحة مجموعات صحية بلغ عددها حوالى ٢٢٠ مجموعة ، كما انشأت وزارة الزراعة مجموعات زراعية (تتكون المجموعة من وحدة زراعية ووحدة بيطرية) بلغ عددها حوالى ٤٠ مجموعة .

وفى عام ١٩٥٢ قرر المجلس الدائم للخدمات العامة تنسيق الجهود التى تقوم بها الوزارات المختلفة فى الريف المصرى حتى تعود بالفائدة على الفلاح ، وانتهت الى أن تؤدي الخدمات للريف المصرى بواسطة الوحدات المجمة - تخدم الوحدة حوالى ٥ قرى تشمل الخدمات التعليمية والصحية والاجتماعية والزراعية ، ويدى ، فى تنفيذ المشروع فى عام ١٩٥٤ وبلغ مجموع ما بنى منها ٢٢٠ وحدة مجمعة حتى عام ١٩٦٠ ، الذى صدر فيه قانون الادارة المحلية ، وترتب على صدور هذا القانون وقف مشروع الوحدات المجمة ، والغاء المجالس القروية التابعة لوزارة الشؤون البلدية والقروية سابقا والاسكان حاليا ، وانشئ بموجب هذا القانون مجالس قروية من نوع جديد - يختص المجلس القروى الجديد بالخدمات التعليمية والصحية والثقافية والاجتماعية والزراعية ، وبلغ عدد هذه المجالس فى البداية حوالى ١٠٠٠ مجلس قروى ، خفضت فيما بعد أكثر من مرة ، وبلغ عددها فى الوظائف الحاضر حوالى ٨٥٠ ، كما تغير اسمها من مجلس قروى الى وحدة محلية .

وقامت الوزارات المختلفة ببناء وحدات الخدمة الخاصة بها فى الريف المصرى - كما كان يحدث قبل مشروع الوحدات المجمة دون أى تنسيق أو تخطيط مع باقى وحدات الخدمة الاخرى ، فتنبنى المدرسة مثلا فى شمال القرية والوحدة الصحية فى غربها والجمعية الزراعية فى مكان ثالث والوحدة الاجتماعية فى جهة رابعة .

وفى عام ١٩٧٣ صدر قرار جمهورى بإنشاء جهاز بناء وتنمية القرية

لتمويل مشروعات الخدمات المحلية وإنشاء المشروعات ذات الطابع المحلي وخاصة التي تقوم منها على الجهود الذاتية .

رابعاً : مياه الشرب :

لم يحظ الريف المصرى بأية عناية من الدولة خاصة بمياه الشرب النقية قبل عام ١٩٢٥ حيث أنشئت مصلحة الشئون القروية (كانت تتبع وزارة الصحة) وكان من أهم اغراضها تعميم مياه الشرب بالريف المصرى . وقد قامت هذه المصلحة بدراسة مصادر مياه الشرب وتبين ان ارضها المياه الجوفية . ولما كانت المياه الجوفية لا تصلح بشمال الدلتا أو الفيوم فقد تقرر اقامة عمليات مرشحة لخدمة هذه المناطق . وقد تم حتى عام ١٩٥٢ انشاء ٤٦٠ عملية مياه جوفية ميكانيكية ، و ٥٠٠ عملية مياه جوفية يدوية بالقرى ، وبلغ عدد المنتفعين بمياه الشرب النقية بالريف وقتئذ من محطات المياه الجوفية والمرشحة ١٥٪ من تعداد سكان الريف .

وفى عام ١٩٥٥ أعطيت مشروعات مياه الشرب دفعة كبيرة بالتعاقد على مشروعات العقد المجمع لتعميم مياه الشرب ، وكان يشمل استكمال مشروعات مياه المرشحة الكبرى بشمال الدلتا والفيوم وإنشاء ٦٠٠ عملية مياه ارتوازية ميكانيكية جديدة .

وبانتهاء العقد المجمع عام ١٩٥٩ كان قد تم انشاء عمليات مرشحة كبرى عديدة بمحافظات مختلفة ، علاوة على عمليات مياه جوفية كثيرة بعضها ميكانيكية وبعضها يدوية ، بجانب مجموعات لتوزيع المياه كان يتم التوزيع عن طريقها بالمجان ، وبذلك ارتفعت نسبة عدد المنتفعين من ١٥٪ الى ٧٢٪ .

وكان من المفروض بانتهاء تنفيذ اعمال العقد المجمع ان تصل المياه النقية الى جميع قرى الجمهورية ، ولكن اتضح ان هناك حوالى ١٠٪ من قرى الجمهورية وكذلك ثلثى العزب والنجوع والكفور لم تصلها المياه ، إما لأن القرى لا تصلح بها المياه الجوفية (لوجود املاح الحديد والمنجنيز) أو لأنها مستجدة .

وبعد عام ١٩٦٠ توالى اقامة مشروعات مياه الشرب طبقا للخطة العامة للدولة والاعتمادات الكبيرة المتاحة لمياه القرى والعزب والنجوع المحرومة من المياه ومعالجة المياه الجوفية غير الصالحة للشرب ، وكذلك مقابلة الزيادة المطردة فى السكان ، علاوة على زيادة الاستهلاك نتيجة لارتفاع الوعى الاجتماعى الذى نتج عنه أن اصبح الاستهلاك ٦٠ لترا للفرد يوميا وهو ضعف ما كان مقبولا وقت البدء فى انشاء المشروعات .

وننتج عن ذلك ان ارتفعت نسبة عدد المنتفعين على النحو التالى :

| السنة | ١٩٦٠ | ١٩٦٥ | ١٩٧٠ | ١٩٧٥ |
|----------------|------|------|------|------|
| نسبة المنتفعين | ٧٢٪ | ٧٧٪ | ٨٥٪ | ٩٥٪ |

وارتفع انتاج المياه عام ١٩٧٥ الى ٤٠٠ ألف متر مكعب يوميا مياه مرشحة و ٧٠٠ ألف متر مكعب يوميا مياه جوفية .

وفى سنة ١٩٨٠ تم دراسة المخطط القومى لمياه الشرب على مستوى الدولة والذى أوضح الموقف العام لمياه الشرب لكل محافظة ورتبها الى أولويات ، وقد اوضحت هذه الدراسة حاجة الريف الى مشروعات لزيادة كفاءة مرافق مياه الشرب .

خامساً : الصرف الصحى :

بدأت بعض المحافظات فى انشاء شبكات الصرف الصحى بالقرى وكذلك عمليات تنقية المياه المبيعة قبل صرفها فى المصارف وذلك بمعاونة الوكالة الامريكية للتنمية الدولية . وكان ان اختيرت بعض القرى لإنشاء هذه المشروعات فى أربع محافظات بالوجه البحرى هى محافظات دمياط والمنوفية والدقهلية والشرقية ، واتبعت فى انشاء عمليات التنقية عدة طرق مختلفة اساسها المعالجة البيولوجية المعتمدة على التهوية من أهمها :

- طريقة التهوية الممتدة باستخدام وحدات (سواف) :

وقد اتبعت هذه الطريقة فى ثمانى قرى بمحافظة دمياط وهى :
الروضة - شرياص - كفر العرب - الغنيمية - السرو - ميت الخولى -
الوسطانى - ميت أبو غالب .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ، وما دار فى المجلس من مناقشات ، يوصى بالآتى :

فى مجال التخطيط :

* دفع جهود التنمية العمرانية للقرية المصرية ، عن طريق التنسيق والترابط بين جميع الأجهزة والهيئات العاملة فى هذا المجال ، فى إطار سياسة موحدة يكون من أهم ملامحها ما يلى :

- وضع برامج قابلة للتنفيذ بأسلوب لا مركزى ضمن التخطيط العام للاقليم الذى تقع فيه القرية .

- توفير النواحي الأمنية والصحية بتحسين وتهذيب الكتلة السكانية الحالية ، بتعديل بعض الطرقات والمداخل وفتح النهايات المسدودة ، وخلخلة المباني لا يجاد مساحات مفتوحة مناسبة .

- سرعة الانتهاء من تحديد كردونات القرى .

- عدم الالتجاء الى نموذج موحد للسكن ، حيث أن عدم مراعاة اختلاف طبيعة وظروف كل مجموعة من القرى ، لا يحقق النمو العمرانى على أسس علمية سليمة .

- الوضع فى الاعتبار أن حوالى ٥٠٪ من سكان القرية يعتمدون فى معيشتهم على حرف أخرى غير الزراعة .

- الاهتمام بجذب فائض السكان الى الاماكن المتاخمة للأراضى الصحراوية والبحر أو على محاور التنمية التى تخطط خارج الوادى والدلتا . مع وقف نمو الكتلة السكانية تماما للقرى التى تقع وسط الاراضى الزراعية .

- مواجهة الامتداد العمرانى العشوائى بحزم للحيلولة دون الاعتداء على الأراضى الزراعية .

- مواجهة الآثار السلبية التى تنجم عن عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية مثل : عدم وجود صرف صحى عند دخول مياه الشرب مما يتسبب فى جعل أغلب المساكن عرضة للانهايار لارتفاع المياه الجوفية ،

- طريقة قنوات الأكسدة :

وقد اتبعت فى قرى : الخياطة - كفر البطيخ - كفر سعد البلد - كفر سليمان - الرحمانية - البراشية .

- طريقة أكوالايف :

وقد اتبعت فى القرى : كفر الغاب بمحافظة دمياط ، والكوم الأخضر وساحل الجواير بمحافظة المنوفية .

- طريقة برك الأكسدة الموهوة :

وطبقت فى قرية دقهلة بمحافظة دمياط .

- طريقة الأكسدة الطبيعية :

وطبقت فى قرية العدلية بمحافظة دمياط .

- طريقة المعالجة الابتدائية :

وطبقت فى قرية الزنكلون بمحافظة الشرقية .

سادسا : الكهرباء :

- مشروع كهربية الريف بعدة مراحل لم يلق فيها العناية اللازمة ، وكانت المجالس البلدية والمحلية والقروية وقتئذ تتولى إنارة بعض القرى بواسطة محطات ديزل لتوليد الكهرباء .

- فى عام ١٩٦٥ وضعت وزارة القوى الكهربائية خطة لكهربية ٢٢٠٠ قرية على مدى سبع سنوات ، الا أنه ما كادت تبدأ عملية التنفيذ حتى رأى فى أواخر عام ١٩٦٥ تأجيل المشروع ولم تتعد القرى التى تمت انارتها ٤٪ من مجموع القرى .

- وفى عام ١٩٧١ دخل مشروع الريف مرحلة التنفيذ الفعلية عند انتهاء العمل بالسد العالى .

- تم بعد ذلك انشاء هيئة كهربية الريف والتى أوكل اليها جميع الأعمال اللازمة لتنفيذ مشروع كهربية الريف ، وتم ادخال الكهرباء فى حوالى ٤١٠٠ قرية و١٥٠٠ تجمع سكنى يزيد على ١٠٠٠ نسمة ، و٥٠٠٠ نجع وكفر .

أو استخدام الكهرباء كعامل ترفيهي أكثر منه عاملا اقتصاديا .

فى مجال التشريع :

* إعادة النظر فى مواد ومعايير أحكام قانون التخطيط العمرانى رقم ٢ لعام ١٩٨٢ ، الذى يتضمن أحكاما موحدة لكل من المدينة والقرية بحيث يكون للقرية شخصيتها ، بالإضافة الى ايجاد نصوص لا تتعارض مع التنفيذ العملى المطلوب ، وذلك فى اطار إعداد تشريعات خاصة لتخطيط القرية وتعميرها ، وتنميتها ، ونموها ، وتحديد أسس فنية هندسية لتطورها .

فى مجال الاسكان :

* دراسة أوضاع الجمعيات التعاونية للاسكان التى شكلت بالقرى ليتمكن عن طريقها ادخال اساليب الجهود الذاتية فى القرية فى مجال بناء المساكن فى مناطق التوسع العمرانى للقرية - مع انشاء شركات لهذا الغرض تعمل على جذب مدخرات العاملين بالخارج من ابناء القرية .

* ايجاد التوازن بين ما يخصص من اعتمادات - فى ميزانيات الوزارات المعنية بالتنمية العمرانية - للريف والمدن .

* اعداد تصميمات ارشادية وتنفيذية لنماذج جديدة للاسكان الريفى وفى اتجاهات متنوعة ومتعددة من مساكن تقليدية ريفية بطرق انشاء جديدة او مساكن ريفية متطورة . تتفق مع الاتجاهات الجديدة ومناسبة للاقاليم والبيئة والمناخ ، وتزويد الجمعيات التعاونية للاسكان وشركات التشييد بتلك النماذج مع توضيح تكاليف انشاء كل نموذج والاستفادة بالمواد المحلية ما امكن .

* اعداد خطط لاصلاحات جزئية للمساكن الحالية وتزويدها بالخدمات الضرورية وعمل وحدات جاهزة سهلة التركيب ومناسبة للعوامل الطبيعية والمناخية والاقتصادية .

* اعداد برامج التدريب وتنمية العمالة الفنية وتحسينها والتوسع فيها لتوفير اطقم ماهرة فى كافة مجالات التشييد - مع إعداد برامج

اخرى لتدريب سكان القرية على صيانة وتجديد مساكنهم وذلك بالاستعانة بأجهزة التدريب والارشاد لدى الوزارات المختلفة .

فى مجال المرافق :

* العناية بالمياه ومصدرها سواء كانت منقاة أو جوفية تعتمد على الآبار .

* الحد من الفاقد فى المياه باستعمال الصنابير ذاتية الغلق أو مقننة التصرف .

* التنسيق بين مشروعات مياه الشرب والصرف الصحى .

* فى المناطق الرملية ذات منسوب مياه الرشح المنخفض وفى المناطق المحرومة من المياه قد تكون المراحيض الجافة مناسبة ، وفى المناطق الزراعية ذات التربة الجافة قد يكون من الأنسب استعمال بيارات الرشح أو خزانات التحليل . وفى المناطق المصمم بها مشروعات مياه الشرب لابد من انشاء شبكة صرف صحى تجمع فى نقطة بعيدة عن القرى ويعمل لها العلاج اللازم .

* تحويل مشروعات تخفيض مياه الرشح الى مشروعات مجارى عامة حفاظا على الصحة العامة .

* استخدام مياه الصرف الصحى المنقاة فى اعمال الري كلما امكن ذلك .

* ضرورة دراسة المشاريع التى قامت بها بعض المحافظات عن طريق المعونة الأجنبية وتقويمها بمعرف الخبراء المختصين من حيث سهولة الانشاء وسهولة التشغيل والصيانة واحتياجات العمالة المدربة واحتياجات الاراضى اللازمة واحتياجات الطاقة - وعدم اقامة مشاريع اخرى من هذا القبيل قبل أن تثبت صلاحية ومناسبة تم تنفيذه لظروف القرى .

* استكمال إنارة القرى ومد الخدمات العامة بالقرية بالتيار الكهربائى وفتح مجالات التصنيع وخاصة فى مجال الصناعات الصغيرة والحرفية والبيئية ، على أن يتم ذلك تدريجيا وفى حدود الامكانيات المتاحة من الطاقة الكهربائية وغيرها من الطاقات الجديدة والمتجددة .

بدائل الطوب الأحمر التقليدي

لاتزال ظاهرة تجريف الأرض الزراعية لإنتاج الطوب الأحمر ، تمثل خطرا يهدد الانتاج الزراعى ، على الرغم من صدور التشريعات التى تجرم هذه العملية . ومن ثم عنى المجلس بدراسة امكانات وجود البدائل المختلفة التى يمكن أن تحل محل الطوب الأحمر التقليدى . وتخلص دراسته الموسعة فى النقاط الموجزة الآتية :

- عرفت مصر صناعة الطوب اللبن واستخدامه فى بناء المساكن وكان يعتمد فى صناعته على طمي فيضان نهر النيل . وقد رسخت هذه الصناعة بعد أن تاصلت عادة استخدام الطوب الأحمر فى البناء .

- احتجرت بحيرة السد العالى طمي الفيضان الذى يصنع منه الطوب الاحمر ، فانتشرت عمليات تجريف الأرض الزراعية وجسور النيل والرياحات والترع ، للحصول على الطمي المترسب بها ليصنع منه الطوب الأحمر ، مما كان له آثار سلبية على انتاجية الأرض الزراعية والرى ومياهه .

- لهذا كان لزاما البحث عن بدائل الطوب الاحمر ، والاعلان عنها حتى يقتنع المواطنون بها ، مع إنتاج مايسد حاجة المجتمع منها .

- ولما لم تكن هناك طاقة كافية لانتاج البدائل اللازمة ، زاد عدد قمامان الطوب الأحمر وارتفعت أسعاره ارتفاعا كبيرا . فاتفقت جميع الأجهزة الحكومية على القضاء على هذه الظاهرة واتخذت الوسائل

المختلفة لذلك ، ولكن لم يتحقق الهدف المطلوب ، لاسيما أن بعض أصحاب القمامان لجأوا الى التحايل على ما أتخذ من اجراءات طلبا للكسب السريع كما أن بعض مصانع البدائل لم تلتزم بمواصفات جودة الانتاج ، مما أدى الى استمرار استعمال الطوب الأحمر التقليدى .

البدائل المختلفة للطوب التقليدى :

١- الطوب والبلوكات الأسمنتية :

ينتج فى صور مختلفة من حيث : الخلطة - المقاسات - مصمتة أو مغرغة - عادية الوزن أو خفيفة - عالية المقاومة أو منخفضة .

٢- الطوب من الركام الخفيف (ليكا) :

الركام الخفيف عبارة عن طفلات صحراوية ذات صفات معينة من حيث تركيبها الكيمايى والمعدنى . وباستعمال الركام الخفيف فى خلطة اسمنتية يمكن انتاج طوب خفيف هو أحد أنواع الطوب الاسمنتى .

٣- الطوب الرملى :

يصنع من خليط من رمل سيليسى وجير حى ، وينسب محددة . وفى بعض الحالات تضاف بعض الاضافات غير العضوية لاعطاء الطوبة المنتجة اللون المطلوب .

٤- الطوب الرملى الخفيف :

يصنع من خليط من رمل سيليسى ناعم ، وجير حى ، واسمنت ، وعنصر فلزى وماء بنسب محددة ، وهو طوب مقاوم للضغط .

٥- الطوب الطفلى :

يصنع من الطفلة الصحراوية الموجودة بكميات وفيرة فى مناطق متعددة فى الصحارى المصرية . وهى تختلف فى تكوينها المعدنى والكيمايى تبعا لظروف تكوينها ولذلك فخواصها تختلف تبعا لذلك ، كما انها تمتاز بدرجة مرتفعة فى خاصية لدونتها . ويمتاز هذا الطوب بمقاومته العالية للضغط وانخفاض نسبة امتصاصه للماء .

٦- البلوكات الجبسية :

تصنع من خليط من الجبس المكس ذى خواص معينة ونسبة معينة من الماء . وينتج هذا الجبس بتكليس الجبس الطبيعى فى درجة حرارة

معينة ، ويعد تشكيل البلوكات منه تجفف صناعيا أو طبيعيا ، ويمكن تشكيلها مصمتة أو مقرغة ، وهي تصلح لإقامة القواطع الداخلية فى المباني السكنية والإدارية والفندقية ، ولاتصلح لإقامة الحوائط الخارجية .

٧ - البلوكات من الأحجار الطبيعية :

تنتشر الأحجار الطبيعية فى مصر على جانبى وادى النيل وفى الصحراء الشرقية والغربية وشرق الدلتا وغربها وسيناء ، وكمياتها وفيرة ، وهى إما جيرية أو رملية .

مقارنة بين حجم الاستثمارات لبعض أنواع بدائل الطوب الأحمر :

وضع من دراسة تمت فى ديسمبر ١٩٨٥ أن البلوكات الخرسانية المجففة تحتاج الى أقل استثمارات بالمقارنة بالأنواع الأخرى . كما ثبت من دراسة أخرى أن البلوكات الجبسية أنسب بدائل الطوب الأحمر فى إقامة القواطع الداخلية .

التوصيات

وعلى ضوء دراسة المجلس ومادار حولها فى اجتماعه من مناقشات ، برزت مجموعة من الاتجاهات والآراء ، يأتى فى مقدمتها :

- أن قانون التجريف الحالى ينص على عقوبات رادعة كافية ، مما يتعين تطبيقه بحزم بواسطة رجال الإدارة الذين يجب أن تمتد اليهم مسئولية عدم تنفيذه .

- أن على وزارة الصناعة أن تضع مواصفات قياسية ملزمة ضمانا لجودة الانتاج .

- أهمية إعادة النظر فى تصميم المباني والمنشآت بما يتفق والبيئة المصرية ، وهنا يأتى دور المهندس الاستشارى لاختيار الطوب البديل بما يمنع استخدام الطوب الأحمر .

- أن الاعتماد على الطوب الاسمنتي تواجهه مشكلة تدبير النقد الأجنبى اللازم لاستيراده بسبب نقص الانتاج المحلى منه .

وعلى ضوء ماسبق جميعه يوصى بالآتى :

فيما يختص بالطوب الطبقى :

* انشاء شركات مساهمة تختص بأعمال تجهيز الخامة وتوريدها للمصانع بمحاجر تقام فى اماكن تواجد الخامة بكميات وفيرة ، بعد دراسة شاملة لاختيار أنسبها . على أن يسهم أصحاب المصانع التى تعمل فى انتاج الطوب الطبقى فى هذه الشركات .

* أن يكون التوسع فى انتاجه بالقدر الذى تحتاج اليه نوعيات معينة من المنشآت التى تتعرض للمياه ، وفى انشاء الحوائط الحاملة فى المباني ذات الارتفاعات المنخفضة .

* انشاء وحدات انتاجية جديدة تتلافى عيوب الطريق المستخدمة حاليا فى انتاجه كالأخذ بالطريقة الجافة للكبس .

* تطوير مصانع الطوب الأحمر بحيث تتحول إلى انتاج الطوب الطبقى ، مع ضرورة نقلها قريبا من أماكن وجودها بالصحراء .

فيما يختص بالطوب الاسمنتي :

* ضرورة التوسع فى انتاجه بما يغطى احتياجات أعمال البناء على أن يتم ذلك طبقا لمواصفات عالية عن طريق التحكم فى مكونات الخلطة .

فيما يختص بانتاج البلوكات الجبسية :

* يتعين استخدامها كبديل للطوب الأحمر فى إقامة القواطع الداخلية فى المباني السكنية والإدارية والفندقية . مع ضرورة إعداد برامج تدريبية متخصصة للعاملين فى إنتاجها أو استخدامها .

فيما يختص بالأحجار الطبيعية :

* ضرورة التوسع فى انتاج وحدات البناء من هذه الاحجار وبخاصة فى إقامة المباني المنخفضة الارتفاع ولاسيما فى الامكن القريبة من مصادر هذه الأحجار .

فيما يختص بالرقابة الصناعية :

* وضع نظام محكم لخضوع المصانع المقترحة - أنشاء أو تطويرا

وبالأخص فيما يتصل بالطوب الاسمنتى - للرقابة الصناعية وجودة الانتاج وفقا للمواصفات القياسية التى تضعها وزارة الصناعة . على أن تخضع عمليات تكوين الخلطات أيضا للرقابة الصناعية ، مع إعداد برامج تدريبية للعاملين فى هذه الصناعة.

فيما يختص بالتشريعات :

* إصدار تشريع يلزم المكاتب الهندسية والاستشارية التى تقوم بإعداد التصميمات الهندسية للمنشآت وتحديد مواصفات المواد المستخدمة بمنع السماح باستعمال الطوب الأحمر عن طريق تحديد استخدام أحد البدائل المناسبة ، وذلك لمسئوليتهم عن تنفيذ الأعمال .
* إعمال القانون الحالى بمنع التجريف بحزم وجدية ، مع اضافة عقوبة تبعية تجيز إزالة المصانع التى يثبت استخدامها التربة الزراعية لإنتاج الطوب الأحمر وذلك بضوابط معينة .

الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠

اختلال البيئة العمرانية للمدينة المصرية

ان اختلال البيئة العمرانية يختلف فى الدرجة وليس فى الطبيعة من مدينة الى أخرى وما يقال عن مدينة يمكن أن يقال عن بقية المدن الأخرى ، وقد أخذنا فى هذه الدراسة حالة مدينة القاهرة وذلك لأن

مظاهر اختلال البيئة العمرانية بها أوضح ما يكون ، الى الدرجة التى تجعل أنشطة الحياة البشرية بها سواء أكانت خاصة بالسكن أم بالعمل ، تتم فى مناخ غير ملائم ، بل وغير صحى من الناحيتين المادية والنفسية : هذا فضلا عن أن هذا الاختلال لا يتفق والمظهر الحضارى الواجب توافره فى عاصمة لها شأنها التاريخى مثل القاهرة . وتأتى هذه الدراسة امتدادا لدراستين سابقتين تم عرضهما على المجلس ، الاولى عن مشكلات العاصمة والثانية عن مشكلات المرور على وجه التحديد . وسوف تستمر هذه الدراسات حتى يتم تناول كافة أنواع الاختلال فى البيئة المصرية .

وتخلص أهم نقاط الدراسة الحالية فيما يلى :

- ان القاهرة ليست مدينة واحدة متجانسة ، بل هى عدة مدن متجاورة تفصل بينها خطوط واضحة وينتمى كل منها الى عصر من العصور التاريخية ، وتحفظ كل منها بسمات هذا العصر التخطيطية والعمرانية . ان الانتقال من مدينة الى أخرى يعنى الانتقال من حقبة تاريخية الى حقبة أخرى . فالقاهرة فى حقيقة الأمر عبارة عن ثلاث مدائن متتالية : الاولى هى المدينة التراثية والثانية هى القاهرة القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين والأخيرة هى الامتدادات الكبيرة التى تمت خلال العقود الأربعة الأخيرة

وكان نمط الانتقال السكانى من مدينة الى أخرى يكاد يكون واحدا فى كل حالة وهو عبارة عن انتقال أبناء الطبقة العليا الى خارج المدينة القديمة يليها انتقال الطبقة الوسطى تاركين وراءهم الطبقة الدنيا وهكذا تتكرر نفس الحركة عبر التاريخ ، حتى وصلت القاهرة الكبرى الى ماهى عليه الآن متخذة شكل مروحة تقريبا ، قاعدتها تلال المقطم الممتدة من مصر الجديدة شمالا الى حلوان جنوبا .

- وقد أقامت المدينة التراثية دول متتالية منذ الفتح الاسلامى مروراً بالطولونيين الى الفاطميين الى الايوبيين الى المماليك وأخيرا دولة العثمانيين . وأضافت كل دولة من الروائع المعمارية ما جعل القاهرة بحق

تمثل أكبر تجمع للتراث الاسلامى المعمارى والتخطيطى فى العالم كله . وتمتاز المدينة التراثية بتجانس واتساق عظيمين ، كما أن لها سمات مدينة العصور الوسطى ، والتي تتمثل فى الاحياء المهنية المتخصصة والشوارع المتعرجة الضيقة والبيوت المفتوحة الى الداخل وشبه المغلقة تقريبا على الخارج فيما عدا نوافذ ضيقة ذات مشربيات .

وتخترق هذه المدينة شرايين رئيسية أهمها شارع المعز والفورية ، ويمتد من باب النصر شمالا الى باب زويلة جنوبا ، وكذلك شارع مارسينا الممتد من ميدان السيدة شرقا الى ميدان القلعة غربا مارا بمسجد ابن طولون ، ويقع على هذين الشريانين مجموعة المباني الاسلامية ذات الشهرة العالمية ، وكذلك الوكالات والخانات ومراكز التجارة فى ذلك العصر .

- أما مدينة القرن التاسع عشر فقد انشئت عقب الانفتاح الكبير على الحضارة الغربية فى أوائل القرن التاسع عشر وبعد تغلغل النفوذ الاوربى فى كافة مجالات الحياة المصرية ، وساهم فى تخطيط وبناء هذه المدينة ولادة وحكام الاسرة العلوية الحاكمة فى ذلك الوقت ، والجاليات الأجنبية والطبقة العليا من المجتمع المصرى ، وتشمل هذه المدينة الاحياء الآتية : منطقة وسط المدينة ، وهى المركز الرئيسى للنشاط التجارى والمالى والمهنى ، وأحياء الزمالك وجاردن سيتى والمعادى ، وهى أحياء سكنية للجاليات الاجنبية وأبناء الطبقة العليا من المجتمع المصرى ، ثم أحياء العباسية والمنيل وشبرا لى الطبقة الوسطى بشرائحها المختلفة . ثم جاءت أخيرا مصر الجديدة لتجذب أثرياء هذه الطبقة من المصريين والاجانب فى النصف الاول من القرن العشرين .

وقد أقيمت هذه الاحياء جميعها على نمط التخطيط الغربى بمدارسه المختلفة ، خصوصا النمط الباريسى فى تخطيط وسط المدينة . وكان للخديو اسماعيل دوره الكبير فى تعمير هذه المنطقة ، ولاسيما عندما نقل مركز الحكم الى قصر عابدين بعد أن ظل فى القلعة قرابة ألف عام . وشق طريق محمد على ببواكيه المشهورة ليربط المدينة القديمة

بمدينته الجديدة . أما الاحياء السكنية فكانت أوربية الطابع بطرزها المختلفة فأنشئت المعادى على نمط البيوت الريفية الانجليزية وأنشئت بأحياء الزمالك وجاردن سيتى قصور متميزة معماریا على نمط طرز القصور الفرنسية والايطالية ، ولما نجد مثل هذا التجمع الممتاز من العمارة مابعد الكلاسيكية (قبل أن يهدم الكثير منها) فى عاصمة أخرى حتى عواصم الغرب . وحاولت مصر الجديدة أن تعطى لمبانيها طرازا اسلاميا وأن كانت غريبة التخطيط .

أما أحياء الطبقة الوسطى فكان لها طابعها المميز أيضا : شريان رئيسى (شارع العباسية - شارع شبرا - شارع المنيل) تسير وسائل المواصلات العامة وتقع به الأنشطة المهنية والتجارية والترفيهية ويسكن على جانبيه الشريحة العليا من أبناء هذه الطبقة ثم شوارع سكنية خلفية .

- أما المدينة الثالثة فتتمثل فى الامتدادات الكبيرة التى تمت خلال الاربعين سنة الماضية حول المدينة الوسطى والتي جاءت بها المتغيرات الجذرية الاجتماعية والاقتصادية التى شهدتها مصر فى هذه الفترة .

وشملت هذه الامتدادات مدينة نصر ومدينة الأوقاف وامتدادات أحياء المعادى ومصر الجديدة وحلوان وشبرا ومنطقة الهرم بالجيزة . ثم جاءت أخيرا فى العشرين سنة الماضية امتدادات الاحياء العشوائية لتخطيط المدينة فى كل جوانبها تقريبا .

ومن الملاحظ عموما أن هذه الامتدادات الأخيرة تجاوزت كل محاولات التخطيط العمرانى التى بذلت لتنظيمها وتحديد اتجاهاتها ، كما أن طرزها المعمارية ليست على نفس الدرجة والقيمة التى كانت لأحياء المدينة الوسطى (مدينة القرن التاسع عشر والنصف الاول من القرن العشرين) بل اتسمت بعدم التجانس الشديد حتى أنه يمكن أن توصف بالفوضى المعمارية والعمرانية .

ويمكن فى هذا المجال إبراز عدة حقائق أساسية :

أولا : كان للمدينة التراثية طابعها الاصيل الخاص بها ، كما كان

للمدينة الوسطى أيضا طابعها الأوربي المتميز وكان لها قيمة حضارية كبيرة ، ويرجع ذلك في المقام الأول الى أنه كان لكل منها وحدة متكاملة في الثقافة وفي نمط الحياة أديا بالضرورة السى وحدة في التخطيط والعمارة .

ثانيا : لاتتمتع المدينة الثالثة (مدينة الأربعين سنة الأخيرة) بهذه القيمة الحضارية في تخطيطها ومعمارها ، كما ينقصها الى حد كبير وحدة الثقافة ووحدة نمط الحياة ، وقد أدى ذلك الى تنافر شديد في التخطيط والعمارة ، وقد اتسمت هذه المدينة بالسرعة الكبيرة في الامتداد والتغيير ، ولذا فانها لم تتم حسب تخطيط وفكر مسبق مثل سابقتها ، ويرجع كل ذلك الى أن قوى وعوامل التغيير كانت أقوى وأسرع من ميكانيكية التخطيط ، ونذكر هنا على سبيل المثال الهجرة الريفية الكبيرة المفاجئة الى داخل المدينة . كما تجدر الإشارة الى أن مساحة هذه الامتدادات ، في أربعين عاما فقط تزيد عن مساحة المدينتين الأوليين - وقد أنشئت في خلال الألف عام - بما لا يقل عن ثلاث مرات .

ثالثا : كانت كل من المدينة التراثية والمدينة الوسطى شبه مغلقة على سكانها ، تمثل كل منها حياة منفصلة تماما عن الأخرى ، ثم جاءت المدينة الثالثة في عصر اتسم بالثورية ، وتم فيه فتح القنوات بين المدن الثلاث ، مما أدى الى اختلال الأنشطة واختلاط الشرائح الاجتماعية ، كما أدى الى تصادم قيمى وسلوكى بين هذه الشرائح وتصادم أيضا في المصالح والتطلعات ، انتهى الى ما نراه الآن من قلق وتشويه عمرانى شمل المدن الثلاث التراثية والوسطى والحديثة . لقد تحولت القاهرة في هذه الفترة من مدينة عاصمة الى مستودع ضخم لكل الأنشطة البشرية ، انتاجية كانت أم غير انتاجية ، وكذلك تخلت عن دورها العمرانى القيادى لتصبح تجمعا للأحياء المتباينة يستهلك الكثير من حيويته وموارده الدولة .

ومما يجدر الإشارة اليه هنا أن المدينة كسلطة مدنية لم يعد لها

هيمنة كافية على شئونها داخل حدودها منذ أن أخذت بنظام الحكم المحلى عام ١٩٦١ . إذ أنه من الملاحظ أن المشروعات الكبرى داخل المدينة ، تقوم بها الوزارات المركزية تاركة الادارة اليومية وبعض المشروعات الأقل أهمية لسلطة المدينة . ونضرب بعض الأمثلة الواضحة على ذلك : أن تحديد استغلال شاطئ النيل بالمدينة متروك لوزارة الري ، وتحديد ارتفاعات المباني على شاطئيه من اختصاص وزارة الاسكان ، وقد قامت أخيرا وزارة النقل بإنشاء مشروع مترو الانفاق ، كما تقوم وزارة التعمير بعمل الطريق الدائرى والمدن التوابع ، بل تقوم بإعداد التخطيط العمرانى للمدينة ، كما أن مشروعات المرافق والخدمات من كهرباء وتليفونات ومياه وصرف ، تتبع وزارات الكهرباء والمواصلات والاسكان والتعمير على التوالي . ومهما قيل في محاولة التنسيق بين كل الجهات ، فان الامر يختلف تماما وضعت جميعها تحت سلطة واحدة ، هي سلطة المدينة ، كما كان عليه الحال عندما كنا نأخذ بنظام البلديات من بدايات هذا القرن حتى القرن عام ١٩٦١ . لقد كانت هذه الفترة بلا شك تمثل العصر الذهبى للمدينة المصرية ، ويجب علينا أن نشيد بما أدته بلديات مدنتنا الكبرى من خدمات العمران والتعمير ، حتى صار لبعضها شأن كبير ليس فقط على المستوى المحلى ، بل أيضا على المستوى الدولى ، مثل الاسكندرية وبورسعيد والقاهرة . وبرغم قصر المدة التى عاشتها بلدية القاهرة (١٩٥٠ - ١٩٦١) الا أنها كانت كافية لابراز مزايا هذا النظام فى ادارة المدن . ويكفى أن نقول أن أول تخطيط علمى شامل للعاصمة قد بدأ العمل فيه خلال هذه الفترة .

ان تعدد الجهات التى تعمل داخل المدينة الآن ، سينتج عنه بالضرورة تداخل الاختصاصات وصعوبة التخطيط وفقدان الهيمنة . مما يؤدي الى مزيد من التشويه المعمارى والتخطيطى ، والذي نعانى منه أشد المعاناة الآن .

ويمكن إيجاز مظاهر هذا التشويه فيما يلى :

- من أهم المظاهر السلبية المحسوسة واشدها خطرا مدم الكثير

من المباني ذات القيمة المعمارية والحضارية والتاريخية أمام زحف قوى التغيير .

لقد فقدت مصر في المدينة الوسطى (مدينة القرن التاسع عشر والنصف الأول من القرن العشرين) ثروة معمارية لا يمكن تعويضها ولا يمكن تقديرها بمال ، نذكر على سبيل المثال : قصر شريف باشا صبرى - قصر النيل عباس حليم - قصر محمد باشا سلطان - قصر هدى هانم شعراوي - بيت السيدة أم كلثوم ، وغيرها من القصور ، ويجرى حاليا الحديث عن كرمة ابن هانسي (بيت الشاعر أحمد شوقي) . وكان آخر القصور التي أمتدت إليها معاول الهدم في هذه السلسلة من التدمير الحضارى هو قصر بهي الدين باشا بركات بالجيزة . كما امتدت يد الهدم الى المدينة التراثية وفقدنا خلال الخمسين عاما الماضية ما يقرب من مائتى أثر اسلامى سجلها كرنول في بداية هذا القرن ، وليس لها وجود الآن ، وأقيمت مكانها مباني لاعلاقة لها بعمارتها بالبيئة التراثية التي أقيمت فيها .

- زحفت الأنشطة التجارية والمالية والمهنية والسياحية الى أحياء كان طابعها اسكانيا في المقام الأول مثل جاردن سيتي والزمالك ومدينة المهندسين والمعادي ومصر الجديدة ، وقد أدى هذا الاختلاط في الأنشطة المتباينة الى فقدان الاتزان المعماري والعمراني لهذه الأحياء ، كما أدى الى اختلال في استخدام الأراضي والمباني . ولا يشمل الحى الواحد العديد من الأنشطة المتباينة فقط ، بل قد يشتمل المبنى الواحد أيضا عليها ، فليس غريبا الآن أن نرى واحدا يشتمل الدور الارضى فيه على نشاط تجارى ، وتخصص بعض الدور كفندق وبعض الدور الأخرى للنشاط المهني والباقي للسكن ، وقد تحولت بعض الأحياء بأكملها الى ورش لاصلاح السيارات ، مثل حى عابدين وحى الظاهر وحى السكاكينى وغيرها ، وهى تاريخيا أحياء سكنية لابناء الطبقة الوسطى بشرائحها المختلفة .

٩٢

- أقيمت أحياء عشوائية كاملة وشاسعة حول المدينة ، ريفية في طابعها المعماري والتخطيطي ، ويسكن هذه الأحياء الوافدون من الريف الى المدينة ، وقد حملوا معهم اليها نمط الحياة الريفية وسلوكيات الريفيين وتسمى هذه الأحياء أحيانا بالأحياء الهامشية لوجودها على هوامش الكتلة العمرانية للمدينة ، وأحيانا أخرى تسمى بالأحياء العشوائية ، وذلك لأنها نمت بسرعة كبيرة حول المدينة خصوصا في المناطق الزراعية ، خارج نطاق اشراف وهيمنة السلطة الرسمية للحكومة ، ولاتراعى في مناطق الاسكان العشوائى القواعد المبدئية للتخطيط ، فتترواح عروض الشوارع بها من ٢ الى ٤ أمتار ونادرا ما يزيد عن ذلك ، كما أن هذه المناطق خالية تماما من الخدمات الاجتماعية ، مثل المدارس والوحدات الصحية ومراكز البوليس والاطفاء وغيرها . وبمجرد أن تصبح مناطق الاسكان العشوائى أحياء سكنية مستقرة ، يسارع سكانها الى طلب مد المرافق والخدمات اليها ، وتجذ السلطات الحكومية نفسها مضطرة الى قبول الأمر الواقع ، وتحاول أن تمد هذه الأحياء بالمرافق والخدمات بقدر الامكان ، ولكن على الرغم من ذلك تبقى هذه المناطق أقل تمتعا بالخدمات عن غيرها ، وقد تعود السكان أن يعيشوا بدون مرافق سنوات طويلة. ولا يوجد في هذه الأحياء نظام لجمع القمامة التي تتراكم في المساحات الخالية وفي الشوارع ، وتحول الى بؤر لتفريخ الحشرات .

- كثيرا ما تضطر تحت ضغط المشاكل العاجلة الى ايجاد حلول جزئية ، مع اغفال النظم الكلية الشاملة للمدينة بعناصرها المتشابكة المتداخلة . وأحيانا ما تكون للحل الجزئى آثار سلبية جانبية على نواح عمرانية أخرى ، وأقرب الأمثلة على ذلك الكبارى العلوية التي توسعنا أخيرا في انشائها . فقد أقيمت هذه الكبارى لمواجهة الحجم المتزايد لحركة المرور التي لم تعد الشوارع قادرة على استيعابها . ومع التسليم بأن هذه الكبارى قد ساهمت فعلا والى حد كبير في انسياب حركة

المزود ، إلا أن مسارات بعضها خصوصاً كوبرى شارع الأزهر يتعارض مع المفهوم الصحيح لتخطيط المناطق التراثية ، والذي يستوجب أن يكون حجم المزود الألى بها أدنى ما يمكن أن لم يختف نهائياً حتى يتمكن المشاة من الانتقال بين أجزائها فى سهولة ويسر ، وحتى يتوفر المناخ الملائم لمشاهدة الأماكن الأثرية ومعابشتها . ان هذه الكبارى وحجم المزود عليها ، قد عاقت الرؤيا البصرية والاستمتاع بالقيم الجمالية والفنية لهذه الأحياء ، فضلاً عن أنها قد شطرت القاهرة المعز الى شطرين شبه منفصلين .

وكذلك تم انشاء مترو الانفاق دون إعداد تخطيط مسبق للميادين التى يمر بها ، مثل ميدان باب الحديد وميدان التحرير . وكان من الواجب ربط تخطيط هذه الميادين بمشروع المترو ، اذ انهما فى حقيقة الأمر عملية واحدة متكاملة .

- تداخل السلطات والاختصاصات داخل المدينة ، وانتزاع الكثير من الصلاحيات التى كانت تقليدياً تابعة للمدينة ، قد أدت الى ضعف سلطتها ، كما أدت الى عدم تخطيط متكامل بكافة مستوياته وتفصيله ، مثل استخدامات الأراضى وغيرها من المحددات اللازمة لضبط النمو العمرانى وتحديد مساره ، والحفاظ على بيئة عمرانية سليمة داخل المدينة .

- أن غالبية مناطق العمران وخاصة بالقاهرة الكبرى تفتقر الى القوانين والاشتراطات الخاصة التى تحافظ على طابع كل منطقة ، وتعمل على عدم التكس السكاني ، كما تعمل على تسهيل امكان خدمة كل منطقة بوسائل النقل والمرافق والخدمات العامة والمساحات الخضراء . والقوانين الخاصة بتوجيه وتنظيم المباني المطبقة الآن ، قاصرة عن مجابهة العمران على أسس علمية جمالية سليمة ، كما أن الاشتراطات الخاصة لاي منطقة يجب أن تحدد اساساً على الكثافة البنائية وبالتبعية الكثافة السكانية - علاوة على تحديد استعمالات

الأراضى للحفاظ على طابعها وحتى لا تتدهور المنطقة اجتماعياً واقتصادياً وجمالياً .

ويلاحظ أن ادارات المدن بدلاً من أن تتبنى الاشتراطات البنائية المعمول بها فى بعض المناطق ، تناولت هذه الاشتراطات بالتعديل الذى يتعارض مع الاسس العلمية سواء من الناحية التخطيطية أو المعمارية ، وأدى تداخل الأنشطة والامتدادات العشوائية وضعف هيمنة المدينة وفى غياب تخطيط تفصيلي ، الى اختلال شديد فى البيئة العمرانية نوجز بعض مظاهره البصرية فيما يلى :

. فقدان الطابع المعمارى داخل الحى الواحد ، اذ أصبح منظراً شائعاً أن نرى فيلات منفصلة تجاورها عمارات شاهقة متلاصقة ، وقريباً منها مبنى ادارى بواجهات زجاجية ، وهذه المباني تختلف فى الارتفاعات وفى الأحجام وفى الطرز المعمارية ، ولا يجمعها تجانس أو تناسق بل من الملاحظ شدة التناقض بينها ، وحى جاردن سيتى وحى المهندسين وحى الزمالك خير مثل على ذلك .

. اخفاء الحدائق الخاصة (والعامة أيضاً) واقامة كتل من المباني الصماء مكانها مما أفقد التتابع البصرى عنصراً هاماً من عناصره الجمالية وهو الفراغ الأخضر بين كتل المباني .

. أدت الإضافات العلوية لبعض المباني الى تشويه كبير بها ، فقد اقيمت هذه المباني بطراز معمارى معين ، وأضيفت الانوار العلوية بطراز مختلف ، وتستخدم هذه الانوار المستجدة فى الأنشطة الوافدة ، نفقد المبني بذلك وحدته المعمارية .

. انشاء كل مبنى على حدة دون النظر الى ما يجاوره من مبان ، وكأنه وحدة منفصلة لاعلاقة بينه وبين المباني الأخرى الواقعة فى المجال البصرى ، وما علينا إلا أن ننظر الى سلسلة المباني على كورنيش النيل فقلما نجد تناسقاً بينها فى الاحجام والارتفاعات والأشكال ، وكذلك فى الطابع المعمارى . وذلك لان كلا منها صمم منفصلاً دون محاولة تذكر

لربطه معاريا مع ما يجاوره من مبان أخرى ، وربما كانت المحاولة الوحيدة الواضحة في المجموعة لإيجاد علاقة بصرية بين مبنيين ، كانت في حالة مبنى بلدية القاهرة ومبنى فندق النيل هيلتون .

ربما كان هذا التلوث البصري أوضح ما يكون في المدينة التراثية ، فقد أقحمت عليها مبان حديثة دون النظر للطابع الاصيل لهذه المدينة . فجاورت المساجد والمباني الأثرية عمارات عالية ذات ألوان وأشكال متناقضة ولا علاقة لها بالمباني الأثرية القائمة . ولم نجد مكانا لإقامة خزان مياه غير ميدان القلعة الواقع على جوانبه أجمل المباني الإسلامية ، فجاء هذا الخزان كجسم غريب شاذ في وسط بانوراما تاريخية رائعة ، ولو تم الحفاظ على هذه المدينة ، لكان لدينا الآن ثروة سياحية بل ثروة ثقافية وحضارية ، قل أن نجد لها مثيلا في أى مكان آخر في العالم .

تحول الكثير من مباني القاهرة خصوصا الواقعة منها على الشرايين الرئيسية للمواصلات مثل شارع رمسيس الى سلسلة متصلة من الاعلانات ، على كامل ارتفاع المبنى أو فوقه . وقد علت هذه الاعلانات بعض المباني العامة ذات الطراز المعماري المتميز مثل الاعلان فوق مبنى محطة السكة الحديد وشبيهه فوق الباب الرئيسى لحديقة الاورمان .

التركيز الشديد على العنصر الاستثماري للمبنى دون النظر الى الجوانب الجمالية ، قد أدى الى تجريد الشارع المصرى من عنصر الجمال والراحة النفسية لساكنيه أو المارين به ، على نحو يؤدي الى التضحية بالحدائق والمساحات الخضراء .

لم يقتصر التشويه وعدم التنسيق على المباني نفسها ، بل امتد أيضا الى الارصفة امامها . فقد اختلفت في طرق وتبليطها ومستوياتها ، فبعضها فوق مستوى الشارع بارتفاعات مختلفة ، وبعضها الآخر تحت منسوب الشارع ، نكاد لانرى رصيفا مستويا

لمسافة طويلة . وسمحت الاجهزة المعنية باستخدام هذه الارصفة أصلا للمشاة بإقامة مبان معدنية عليها بلون برتقالي ، واستخدمتها لبيع البقالة ، وسار الاهالى على هذا المنوال فحولوا الارصفة بدورهم الى محلات لأنشطة تجارية ، وفي كثير من الأحيان امتد نشاط أصحاب الحوانيت الى خارج محلاتهم لكي يشمل الرصيف بل الشارع أمامهم . وما يذكر أن صناديق القمامة قد وضعت كل مجموعة منها على أرصفة الشوارع وفي أغلب الأحيان تمتلئ بالقمامة وتفيض على جوانبها ، وتترك على هذا الوضع أياما عديدة ، تتحول الى مصدر للرائحة الكريهة وتجمع الحشرات ، ويؤدي طول تركها الى تفاعلات ذاتية ينتج عنها ارتفاع حرارتها ثم اشتعالها ، ويترك الدخان يتصاعد منها الى أن تأتي النيران المشتعلة على ما فيها من قمامة مما يعرض حياة الاشخاص وأموالهم للخطر .

استخدام الشوارع كمواقف للسيارات مما يعوق حركة المرور وانسيابها في هذه الشوارع ، ويبلغ عدد صفوف الانتظار في بعض الأحيان ثلاثة في شارع سعته أربع حارات ، أى أن المتاح حارة واحدة فقط للمرور في الاتجاهين .

تشريعات المباني :

- وفي هذا المجال يجب الإشارة الى أنه قد تم في عام ١٩٧٦ مراجعة قانون توجيه وتنظيم المباني الذي كان مطبقا على المدن منذ صدوره عام ١٩٤٢ ، وكانت أول محاولة للوصول الى قانون ولائحته التنفيذية مستجدة لتتلافى النتائج السيئة بسبب تطبيق قانون عام ١٩٤٢ ، والتي كانت سببا في اختلال البيئة العمرانية . وتم استحداث مواد جديدة منها الكثافة البنائية التي أخذت بها لأول مرة تشريعات المباني في مصر ، وجعلت منها قاعدة بنائية بهدف الحد من الكثافة السكانية ، والوصول بها الى المعدلات المناسبة ، وبالتبعية تلافي العيوب المتعددة بسبب تطبيق القانون القديم من الناحيتين التخطيطية والمعمارية . كما

داخل حدودها ، وضرورة هيمنتها على جميع الأعمال بها حتى تحقق التنسيق في المشروعات والتناسق في الطابع والطرز . وتجنب التضارب والتعارض في المخططات والسياسات ، كما تتجنب أيضا الاختلال في البيئة العمرانية في جوانبها المختلفة .

* ضرورة إعداد تخطيط عمراني شامل لكل مدينة على أسس علمية تتحدد فيه الكثافات البنائية والكثافات السكانية والامتدادات العمرانية ، مع وضع مخططات تفصيلية تحدد استخدامات الأراضي ، كما تحدد طبيعة الأنشطة بكل حي ، وكذلك استخدامات المباني وطابعها المعماري ، وتهدف الى خلق بيئة عمرانية صالحة تحقق احتياجات الانسان العقلية والوجدانية . ويجب أن يتم هذا التخطيط - خصوصا تخطيط المدن الكبرى - في إطار تخطيط اقليمي وتخطيط قومي شامل .

* إعادة النظر في قوانين تنظيم المباني بحيث يشمل ترخيص البناء على نوعية استخدامات المبنى ، ولا ينفى تغيير هذه الاستخدامات ، اذ أن تغييرها يؤدي الى اختلال في هيكل الاقتصاد العقاري ، بما في ذلك أسعار الأراضي . كما يمنع تغيير اشتراطات البناء المعمول بها بأي منطقة ، الا إذا كان التغيير يؤدي الى اشتراطات أفضل لا الى العكس كما يجري حوثة حاليا في بعض الأحيان .

* منع استخدام الأرصفة للاغراض التجارية ، وإزالة ماتم تنفيذه من منشآت عليها ليقصر استخدامها على الغرض الأصلي منها ، وهو سير المشاة عليها . مع ضرورة تسويتها ورصفها أو تبليطها بمواد ملائمة لهذا الاستخدام .

* ضرورة توليد الجراجات العامة والخاصة وبسعات كافية ، لاستيعاب الاعداد المتزايدة من السيارات .

* اعطاء أهمية كبرى للمساحات الخضراء داخل المدن ، والعمل على زيادتها بكل وسيلة ممكنة مع ضرورة الاهتمام بغرس الاشجار بكل شوارع المدينة وطرقها .

* إعادة النظر في القوانين واللوائح الخاصة بالاعلانات على جوانب الطرق وحواط المباني ، ووضع استراتيجية وسياسة عامة بها تحفظ للمدينة قيمها الجمالية ، وتمنع التلوث البصري المنتشر حاليا بها .

أن هذه المواد المستحدثة كانت ستؤدي الى توفير الحرية للمهندس المعماري في الابتكار ، والحصول على تنوع في التشكيل الفراغي للمباني ، وترك المسافات اللازمة الأمامية منها أو الجانبية ، والاستفادة بها في عناصر وظيفية مكشوفة أو عناصر جمالية مثل المداخل والأشجار والمساحات الخضراء ونوافير المياه ، وغيرها ، وبذا يمكن تلافي حدة استمرار الجدار البنائي على جانبي الطرق كما هو حادث الآن .

ولكن بعد صدور القانون ١٠٦ لسنة ١٩٧٦ تم اصدار اللائحة التنفيذية له بالقرار الوزاري رقم ٢٣٧ لعام ١٩٧٧ وتشمل المواد المستحدثة سابق الاشارة اليها الا أنها أضافت مادة تقضى بأن تسرى أحكام المواد المذكورة اعتبارا من اليوم التالي لانقضاء مدة سنتين من تاريخ نشر اللائحة ، ثم تم مدها الى فترة أخرى حتى ٢٥/٣/١٩٨٢ . وخلال الفترات الانتقالية نصت اللائحة على أن تسرى أحكام القانون القديم ، ثم بطريقة غير مباشرة ألغيت هذه المواد كليا ضمن اللائحة التنفيذية لقانون التخطيط العمراني والصادرة بالقانون رقم (٢) لسنة ١٩٨٢ ثم صدر القرار الوزاري رقم ١٨٧ لسنة ١٩٨٥ بناء على طلب محافظ الجيزة متضمنا أحكاما ليست أفضل مما جاء بقانون المباني القديم الصادر عام ١٩٤٢ ثم عام ١٩٥٤ و ١٩٦٢ .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها في اجتماع المجلس

من مناقشات يوصى بالآتي :

* اعطاء المحافظين الحق القانوني في الحفاظ على المباني ذات القيمة المعمارية أو التراثية ، بما يستلزمه من تحديد هذه المباني وتسجيلها ، ومنع اجراء أى تغييرات أو تعديلات بها أسوة بما يتبع في المدن والعواصم الأخرى الغربية والشرقية ، وذلك لما تمثله هذه من حضارة وتراث من الواجب صيانتها والحفاظة عليه .

* ضرورة استعادة المدينة سلطتها الادارية والتخطيطية والتنفيذية

القسم الثاني

السياسة السكانية

٢ - نمط توزيع السكان في مصر ، والذين لايشغلون سوى مساحة محدودة من الأراضى المصرية لا تتجاوز ٢,٥ ٪ من المساحة الكلية .

٣ - الخصائص السكانية ، وهى تضم خليطا من الجوانب الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية .

ويظهر تشابك هذه الأبعاد الثلاثة بصورة واضحة فى دراسة الهجرة الداخلية فى مصر ، حيث أنها تمثل انعكاسا لتفاعل تلك الأبعاد على سلوك الافراد باتخاذ قرار الهجرة ، بل أن هذه الأبعاد تؤثر على الهجرة الى الخارج ، والتي أصبحت تجتذب أعدادا متزايدة من المصريين ، ومن هنا فإن دراسة الهجرة الداخلية قد يفسر كثيرا من جوانب المشكلة السكانية فى مصر ويوحى ببعض الحلول لها .

أثر الهجرة الداخلية فى اختلاف معدلات النمو السكاني :

تؤدى الهجرة الداخلية الى تباين فى مكونات النمو السكاني بين المحافظات المصرية وذلك لأن بعض المحافظات تستقبل سكانا يهاجرون اليها من محافظات أخرى بينما تمثل بعض المحافظات مناطق طرد بشرى ، وتدفع بأعداد من سكانها الى محافظات أخرى . ويمكن باستقراء الجدول رقم (١) تقسيم المحافظات المصرية الى فئات حسب اتجاه السكان فيها الى الزيادة أو النقص أو الثبات لما يشكله سكانها من نسبة مئوية من سكان مصر عامة ، وذلك على النحو التالى :-

* محافظات ارتفعت نسبة سكانها من جملة سكان مصر خلال الفترة ١٩٣٧ - ١٩٧٦ ، وهى تضم محافظات القاهرة ، والاسكندرية ، والجيزة . وهى أهم مراكز الجذب السكاني فى مصر وتستقبل أهم تيارات الهجرة الداخلية التى تغد اليها من بقية المحافظات المصرية ، وقد شهدت القاهرة والجيزة أعلى قدر من التغير .

- محافظات انخفضت نسبة سكانها من جملة سكان مصر خلال الفترة ١٩٣٧ - ١٩٧٦ وهى تضم محافظات الدقهلية ، والغربية ،

الهجرة الداخلية فى مصر

مفهوم الهجرة الداخلية :

الهجرة الداخلية هى انتقال الأفراد من مكان الى آخر ، أو من وحدة ادارية الى أخرى بقصد الإقامة الدائمة أو المؤقتة ، وفى معظم الأحوال فإن مستوى الوحدات الادارية الصغرى (النواحي أو الشياخات) لا يدخل فى دراسة الهجرة الداخلية ، ولعل هذا نابع من صعوبة الوصول الى بيانات على هذا المستوى ، لذلك يكتفى عادة بالوحدات الادارية المتوسطة والكبيرة أى المراكز والمحافظات .

ويرتبط بالهجرة الداخلية فى معظم الأحيان ، الانتقال من بنية أو وسط اجتماعى واقتصادى الى وسط آخر ، وهنا تكمن دوافع الهجرة التى تتأثر بمجموعتين من العوامل : هما عوامل الجذب من ناحية ، والدفع أو الطرد من ناحية أخرى ، وقد تكون الدوافع اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية .

المشكلة السكانية ودراسة الهجرة الداخلية :

وفى مصر تتخذ المشكلة السكانية أبعادا ثلاثة هى :-

١- معدلات النمو السكاني المرتفعة ، وبخاصة اذا قورنت بالموارد

جدول رقم (١) التوزيع النسبي لسكان المحافظات
المصرية في التعدادات من ١٩٣٧ - ١٩٧٦

| نسبة سكان المحافظة الى جملة سكان مصر وترتيب المحافظة بين المحافظات فى التعدادات | | | | | | | | | | المحافظة |
|---|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|-----|---------------|
| ١٩٧٦ | | ١٩٦٦ | | ١٩٦٠ | | ١٩٤٧ | | ١٩٣٧ | | |
| الترتيب | % | الترتيب | % | الترتيب | % | الترتيب | % | الترتيب | % | |
| ١ | ١٣,٩ | ١ | ١٤,٠ | ١ | ١٢,٩ | ١ | ١٠,٩ | ١ | ٨,٢ | القاهرة |
| ٦ | ٦,٣ | ٦ | | ٨ | ٥,٨ | ١١ | ٥٠,٠ | ١١ | ٤,٠ | الاسكندرية |
| ٢٠ | ٠,٧ | ٢٠ | ٦,٠ | ٢٠ | ٠,٦ | ٢٠ | ٠,٩ | ١٩ | ٠,٧ | بورسعيد |
| ٢٢ | ٠,٥ | ٢١ | ٠,٩ | ٢١ | ٠,٨ | ٢١ | ٠,٦ | ٢١ | ٠,٣ | السويس |
| ١٨ | ١,٥ | ١٨ | ٠,٩ | ١٧ | ١,٥ | ١٨ | ١,٤ | ١٨ | ١,٣ | دمياط |
| ٢ | ٧,٥ | ٣ | ١,٤ | ٢ | ٧,٨ | ٢ | ٧,٧ | ٢ | ٧,٧ | الدقهلية |
| - | ٧,١ | ٣ | ٧,٦ | ٣ | ٧,٠ | ٣ | ٧,٩ | ٣ | ٧,٣ | الشرقية |
| ١٣ | ٤,٦ | ١٣ | ٧,١ | ١٣ | ٣,٨ | ١٣ | ٣,٨ | ١٤ | ٤,٦ | القليوبية |
| ١٤ | ٣,٨ | ١٤ | ٤,٠ | ١٤ | ٣,٨ | ١٥ | ٣,٦ | ١٦ | ٣,٥ | كفر الشيخ |
| ٧ | ٦,٣ | ٥ | ٣,٧ | ٤ | ٢,٦ | ٤ | ٦,٨ | ٤ | ٧,٣ | الغربية |
| ١٠ | ٤,٧ | ١١ | ٦,٣ | ١٠ | ٥,٢ | ٨ | ٥,٩ | ٧ | ٧,٠ | المنوفية |
| ٤ | ٦,٩ | ٤ | ٤,٠ | ٥ | ٦,٥ | ٧ | ٦,٤ | ٨ | ٦,٥ | البحيرة |
| ١٠ | ١,٠ | ١٩ | ٦,٦ | ١٩ | ١,٢ | ١٩ | ٠,٩ | ٢٠ | ٠,٦ | الاسماعيلية |
| ٥ | ٦,٦ | ٩ | ١,٢ | ١١ | ٥,١ | ١٢ | ٤,٠ | ١٢ | ٤,٤ | الجيزة |
| ١٦ | ٣,٠ | ١٥ | ٥,٥ | ١٥ | ٣,٣ | ١٤ | ٣,٨ | ١٣ | ٤,٢ | بنى سويف |
| ١٥ | ٣,١ | ١٦ | ٣,١ | ١٦ | ٣,٢ | ١٦ | ٣,٥ | ١٥ | ٣,٨ | الفيوم |
| ١٥ | ٥,٦ | ٧ | ٥,٧ | ٧ | ٦,٠ | ٦ | ٦,٧ | ٥ | ٧,١ | المنيا |
| ٨ | ٤,٦ | ١٠ | ٤,٧ | ١٢ | ٥,١ | ١٠ | ٥,٥ | ١٠ | ٥,٦ | أسيوط |
| ١٦ | ٤,٧ | ٨ | ٥,٦ | ٦ | ٦,٠ | ٥ | ٦,٨ | ٦ | ٧,٠ | سوهاج |
| ٥ | ٥,٣ | ١٧ | ٤,٦ | ٩ | ٥,٢ | ٩ | ٥,٨ | ٦ | ٦,٤ | قنا |
| ١٦ | ٤,٧ | ١٠ | ١,٧ | ١٨ | ١,٥ | ١٧ | ١,٥ | ١٧ | ١,٩ | أسوان |
| ١٧ | ٠,٢ | ٢٥ | ٠,١ | ٢٥ | ٠,١ | ٢٥ | ٠,١ | ٢٥ | ٠,١ | البحر الاحمر |
| ٢٩ | ٠,٣ | ٢٤ | ٠,٢ | ٢٤ | ٠,١ | ٢٤ | ٠,٢ | ٢٣ | ٠,٢ | الوادى الجديد |
| ٢٣ | ٠,٣ | ٢٣ | ٠,٤ | ٢٢ | ٠,١ | ٢٢ | ٠,٤ | ٢٢ | ٠,٣ | مطروح |
| ٢٥ | - | ٢٢ | ٠,٤ | ٠,٤ | ٠,٢ | ٢٣ | ٣ | ٢٤ | ٠,١ | سيناء |

والمناوية ، وبنى سويف ، والغفيم ، والمنيا ، وأسيوط ، وسوهاج ، وقنا .
وبعض هذه المحافظات هي المسئولة عن تيارات الدفع الرئيسية للهجرة الداخلية في مصر والتي تتجه الى المحافظات الثلاث التي تدخل في الفئة الأولى .

- محافظات أقرب الى الثبات في نسبة سكانها الى جملة سكان مصر في الفترة نفسها وهي : دمياط ، والشرقية ، والقليوبية ، وكفر الشيخ ، وأسوان ، الى جانب المحافظات الصحراوية أو محافظات الحدود ، وهذه المجموعة من المحافظات لاتباع الهجرة الداخلية فيها دورا وأصحا أو تتوازن فيها هجرة الدفع وهجرة الجذب .

- محافظات تتباين نسبة سكانها الى جملة سكان مصر من تعداد آخر خلال الفترة ١٩٣٧ - ١٩٧٦ وهي بورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس ، والبحيرة . وبالنسبة لمحافظة القناة فإن تذبذب نسبة سكانها الى جملة سكان مصر يرتبط بالحروب العربية الاسرائيلية ، ووقوع المنطقة تحت التهديد أكثر من مرة ، مما كان يؤدي الى هجرة مؤقتة للسكان ثم عودتهم بعد أن تستقر الأحوال نسبيا ، وقد حدث ذلك في أعوام ١٩٥٦ ، ١٩٦٧ ثم ١٩٧٣ وحتى ١٩٧٥ حين أعيد افتتاح قناة السويس للملاحة . أما بالنسبة لمحافظة البحيرة فقد تذبذبت نسبة سكانها في التعدادات ١٩٣٧ ، ١٩٤٧ ، ١٩٦٠ ، ثم أخذت النسبة تتجه الى الارتفاع ، ويرتبط ذلك الى جانب الهجرة الداخلية بتغيرات الحدود الادارية .

أما من حيث ترتيب المحافظات على أساس حجم السكان في كل منها ، فيمكن أن تقسم الى ثلاث فئات تتأثر أساسا بالهجرة الداخلية ، الى جانب تعديلات الحدود الادارية . وهذه الفئات في الفترة ١٩٣٧ / ١٩٧٦ هي :

- محافظات احتفظت بترتيبها في التعدادات المذكورة وتشمل : القاهرة ، والبحيرة ، والشرقية ، والدقهلية وهي تشغل المراتب الأربع

الأولى على الترتيب ، ومنذ عام ١٩٤٧ انضمت الى هذه المجموعة محافظات : بورسعيد ، والقليوبية ، والاسماعيلية . أما كل من الغفيم ودمياط فقد تغيرت مراتبها ولكنها أصبحت في تعداد ١٩٧٦ كما كانت في تعداد ١٩٣٧ . وحافظت أسوان على ترتيبها الا في تعداد ١٩٦٠ ، حين تبادلت الترتيب مع دمياط .

واحتفظت محافظات الحدود الأربع بالمراكز الأربعة الأخيرة بانتظام ، وأن شهدت بعض التغير فيما بينها على تبادل المراكز .

- محافظات تقدم ترتيبها ، وهي : الجيزة ، والاسكندرية ، وكفر الشيخ ، على التوالي وتمثل الجيزة أكبر معدل في تغير المرتبة بين المحافظات المصرية ، ويرتبط ذلك بنمو الجيزة كجزء من المجتمع الحضري للقاهرة الكبرى ، وازدياد الهجرة اليها ، حتى أنها هي المحافظة الوحيدة التي تستقبل مهاجرين من محافظة القاهرة .

- محافظات تأخر ترتيبها وتشمل : الغربية ، والمنوفية ، وبنى سويف ، والمنيا ، وأسيوط وسوهاج وقنا (كما تضم محافظة السويس في تعداد ١٩٧٦ فقط) وهذه المحافظات - عدا السويس - هي أهم محافظات هجرة الدفع .

الهجرة الصافية بين المحافظات

وطبقا لبيانات الجلول رقم (٢) فإن أهم ما يلاحظ على الهجرة الصافية بين المحافظات المصرية في الفترة ١٩٦٥ \ ١٩٧٠ ، هو :

- أن محافظة المنوفية هي المحافظة الوحيدة في الدلتا التي كان صافي الهجرة اليها سلبيا ، أي أنها تفقد سكانا يهاجرون منها ، وكذلك فإن محافظات الصعيد فيما عدا الجيزة وأسوان كانت تفقد سكانا كهجرة صافية سالبة .

- من حيث الأرقام المطلقة لأعداد المهاجرين فإن أهم المحافظات التي تكسب سكانا مرتبة تنازليا هي : القاهرة ، والجيزة ، والقليوبية ، والشرقية ، وقد اجتذبت القاهرة وحدها خلال الفترة المذكورة قرابة نصف

جول رقم (٢)
صافى الهجرة الداخلية للسكان بين
المحافظات المصرية (عدا محافظات الحدود)
خلال الفترة بين ١٩٦٥ - ١٩٧٠ م

| المحافظة | أعداد المهاجرين (هجرة صافية) بالآلاف | | | المعدل السنوى للحجرة الصافية % |
|------------|--|--------|--------|-----------------------------------|
| | ذكور | إناث | جملة | |
| القاهرة | ٢٢٢.٦+ | ٢٠٥.٧+ | ٤٢٨.٣+ | ٢.١+ |
| الاسكندرية | ٢٤.٩+ | ٢٣.١+ | ٤٨.٠+ | ٠.٥+ |
| دمياط | ١٣.٢+ | ١٢.٩+ | ٢٦.١+ | ١.٢+ |
| الدقهلية | ٣٣.٩+ | ٤٥.٣+ | ٧٩.٢+ | ٠.٧+ |
| الشرقية | ٥٤.٧+ | ٦٤.٣+ | ١١٩.٠+ | ١.١+ |
| القليوبية | ٦٣.٢+ | ٥٩.١+ | ١٢١.٣+ | ٢.١+ |
| كفر الشيخ | ٢.٨+ | ٦.٧+ | ٣.٩+ | ٠.١+ |
| الغربية | ١٤.٣+ | ١٦.٦+ | ٤٠.٩+ | ٠.٤+ |
| المنوفية | ٢٥.١- | ٢٠.١+ | ٧٥.٢+ | ٠.٦- |
| البحيرة | ٢٨.٩+ | ٤٦.٤+ | ٧٥.٣+ | ٠.٨+ |
| الجيزة | ٩١.٦+ | ٧٨.١+ | ١٦٩.٧+ | ٢.١+ |
| بنى سويف | ٣١.٣- | ٢٤.٥- | ٥٥.٨- | ١.٢- |
| الفيوم | ٧.٩- | ١.٧- | ٩.٦+ | ٠.٥- |
| المنيا | ٣٥.١- | ٢٨.٠- | ٦٣.١- | ٠.٧- |
| أسيوط | ٢٩.٦- | ٣١.٠- | ٦٠.٦- | ٠.٩- |
| سوهاج | ٤٢.٣- | ٥٢.٨ | ٩٥.١- | ١.١- |
| قنا | ٢٩.٢- | ٢٧.٤ | ٥٦.٦- | ٠.٨- |
| أسوان | ٥٢.٣+ | ٤٤.٨ | ٩٧.١+ | ٣.٩+ |

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، السكان والتنمية فى مصر من ١٣٨

مليون مهاجر ، وهو رقم يزيد على مجموع الهجرة الصافية الى المحافظة الثلاث التي تلى القاهرة كمحافظات استقبال للمهاجرين .

أما أهم المحافظات التي تفقد سكانا فهي : سوهاج التي أرسلت مايقرب من ١٠٠.٠٠٠ مهاجر في الفترة بين ١٩٦٥ / ١٩٧٠ ، وتليها محافظات : أسيوط ، ثم قنا ، والمنيا ، فبنى سويف .

ويتراوح ما أرسلته كل محافظة الى خارجها ما بين ٥٠.٠٠٠ و ٦٠.٠٠٠ مهاجر ، وتأتي محافظة المنوفية في المرتبة السادسة وقد أرسلت الى غيرها من المحافظات أكثر قليلا من ٤٥.٠٠٠ مهاجر خلال تلك الفترة .

– من حيث المعدل السنوي للهجرة الصافية تحتل محافظة أسوان المركز الأول بنسبة ٣.٩ ٪ سنويا ، وتأتي بعدها القاهرة الكبرى (القاهرة والجيزة والقليوبية) ، وبلغ المعدل السنوي للهجرة الصافية اليها ٢.١ ٪ . ولا بد هنا من مراعاة الفارق بين حجم سكان أسوان وحجم سكان القاهرة الكبرى ، كما أن ارتفاع معدل الهجرة الصافية الى أسوان في تلك الفترة يرتبط بمرحلة الانتهاء من بناء السد العالي وهو أمر مرحلي ، أما بالنسبة للقاهرة فإن الهجرة تسهم في نموها السكاني بنسبة تكاد تكون ثابتة منذ تعداد ١٩٦٧ ، وهي ٢٨.٤ ٪ من نموها السكاني .

– لا تتضح الصورة تماما اذا اعتمدنا على الرقم الذي يبين صافي الهجرة دون دراسة تفصيلات المهاجرين من حيث النوع ، فمحافظة كفر الشيخ تظهر في المحصلة كمحافظة جاذبة ، لكن بيانات الهجرة حسب النوع توضح أنها تكسب اناثا ، على حين يهاجر منها الذكور ، كما يظهر أن بعض المحافظات أكثر دفعا للاناث مثل أسيوط وسوهاج وبعض المحافظات أكثر جذبا للاناث مثل الدقهلية والشرقية والغربية والبحيرة ، فهي تستقبل من الاناث أكثر مما تستقبل من الذكور ، أما في بقية المحافظات فإن الذكور أكثر اقبالا على الهجرة سواء كانت جذبا

أوطردا .

– ان محافظات القناة تأثرت بأحداث حرب ١٩٧٦ ، وهو العام الذي يتوسط الفترة ١٩٦٥ محل الدراسة ، وقد تأثرت هذه المنطقة بأحوال الحرب وهجرة سكانها ، ولكن الصورة تغيرت بعد عام ١٩٧٥ ، وربما تظهر آثار ذلك عند نشر البيانات التفصيلية لتعداد ١٩٧٦ .

– ينبغي الإشارة أيضا الى أن الاسكندرية وأن كانت تظهر كمحافظة مستقبلية للمهاجرين الا أن أعدادهم قليلة ، وكذلك معدلاتهم ، خاصة مع المقارنة بالقاهرة الكبرى أو بقية المحافظات المستقبلية للمهاجرين ، وربما يرتبط ذلك أيضا بأثار حرب ١٩٦٧ على ميناء مصر الأول .

ويتضح من كل ماسبق أن الهجرة الداخلية تسهم في اختلاف معدلات نمو السكان في مصر ، وهي بالتالي تعمل على إعادة توزيع السكان وأن كان ذلك يكاد أن يكون مقصورا على محافظات الوادي والدلتا ومنطقة قناة السويس ، أما المحافظات الصحراوية ففضلا عن قلة أعداد سكانها أو نسبتهم الى جملة سكان مصر ، في حدود ١ ٪ أو أقل خلال التعدادات الخمسة الأخيرة ، فإن اسهامها في الهجرة الداخلية محدود للغاية ، وان كانت سيناء قد أرسلت بعض المهاجرين الى الوادي والدلتا بعد حرب ١٩٦٧ .

ويكفي للتدليل على أثر الهجرة الداخلية في إعادة توزيع السكان في مصر ، أن نشير الى أن تعداد ١٩٦٠ يبين أن ٢٣ ٪ من السكان كانوا يقيمون في محافظات غير التي ولوا بها ، فاذا اعتبرنا أن معظمهم مستقرون في محل اقامتهم أثناء التعداد ، فإن هذا يعني أن حوالي ربع سكان مصر تحركوا نتيجة للهجرة الداخلية التي تسهم في إعادة توزيع السكان على المحافظات المصرية .

محافظات الجذب ومحافظات الدفع :

يظهر من بيانات تعدادات السكان حتى تعداد ١٩٦٠ ، أن

أساس مناطق الارسال نجد تيارين رئيسيين : أحدهما من الصعيد والآخر من الدلتا ، ويتفرغ عنهما عشرة تيارات فرعية على النحو الآتى : -

أولاً: تيارات الهجرة من الصعيد :

- تيار يخرج من جنوب الصعيد (أسيوط وسوهاج وقنا) ويتجه الى القاهرة الكبرى .

- تيار من جنوب الصعيد الى الاسكندرية .

- تيار من جنوب الصعيد الى منطقة قناة السويس .

- تيار من جنوب الصعيد الى ساحل البحر الأحمر وشبه جزيرة سيناء .

- تيار من شمال الصعيد (المنيا وبنى سويف والفيوم) الى القاهرة الكبرى .

- تيار داخلى فى جنوب الصعيد ، ويخرج من محافظة قنا الى محافظة أسوان .

ثانياً : تيارات الهجرة من الدلتا :

- تيار من الدلتا الى القاهرة الكبرى ، ومعظم هذا التيار من جنوب الدلتا عامة ومن محافظة المنوفية خاصة .

- تيار من محافظة شرق الدلتا الى منطقة قناة السويس .

- تيار من محافظات غرب الدلتا وشمالها الى الاسكندرية .

- تيار داخلى من محافظات جنوب الدلتا الى شمالها .

أما اذا قسمت هذه التيارات حسب المحافظات المستقبلية فانها تصب فى الاتجاهات التالية : -

- التيار المتجه الى القاهرة الكبرى ، وتغذيه تيارات فرعية من محافظات مصر كلها تقريباً فيما عدا منطقة قناة السويس والمحافظات الصحراوية ، وهو أكبر التيارات حجماً .

- التيار المتجه الى الاسكندرية ، ويغذيه تياران فرعيان أحدهما من

المحافظات الحضرية : والقاهرة ، والاسكندرية ، وبورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس ، الى جانب كل من : الجيزة ، وكفر الشيخ ، هى محافظات جاذبة . أما بقية المحافظات فكانت محافظات طاردة ، ولكن فى تعداد ١٩٦٦ تحولت أسوان الى محافظة جذب ، على اثر البدء فى مشروع السد العالى والطلب المتزايد على العمالة فيه .

وبعد عام ١٩٦٧ تحولت محافظات القناة : بورسعيد ، والاسماعيلية ، والسويس الى محافظات طرد بشرى ، وأصبحت بقية محافظات مصر - فيما عدا المنوفية - محافظات جذب بشرى بتاثير التهجير نتيجة لحرب عام ١٩٦٧ ، ولكن بعد عام ١٩٧٥ استقرت الأحوال نسبياً فى محافظات القناة ، مع بداية رحلة العودة للمهاجرين على اثر استئناف الملاحة فى القناة وعودة الحياة الطبيعية الى تلك المحافظات ، وتحولت محافظات قناة السويس بعد ذلك الى مناطق جذب بشرى . أما المحافظات الطاردة للسكان بانتظام فهى : المنوفية فى الوجه البحرى ، وسوهاج وقنا وأسيوط فى الوجه القبلى .

وبالنسبة لمحافظة المنوفية ، فقد اتضح من تعداد ١٩٦٦ أن ٢٠٪ ممن يولون بها لا يقيمون فيها وأن معظم المهاجرين منها يتجهون الى القاهرة لقرب المسافة ، أن كان بعضهم يتجه الى الاسكندرية ويلى ذلك بقية المحافظات . أما سوهاج فان الهجرة منها لاتحكمها المسافة وحدها ، لأن معظم المهاجرين منها يتجهون الى القاهرة ثم الاسكندرية طلباً لفرص العمل وبخاصة فى أعمال البناء ويتجه الباقون الى منطقة قناة السويس أو الى محافظات البحر الأحمر وسيناء .

تيارات الهجرة الداخلية :

يمكن فى ضوء البيانات الاحصائية تحديد عدد من التيارات التى تسلكها الهجرة الداخلية فى مصر ، وقد تصنف هذه التيارات على أساس المصدر أو محافظات الارسال أو على أساس الهدف أو محافظات استقبال المهاجرين ، وبالنسبة لتحديد هذه التيارات على

جنوب الصعيد ، والآخر من غرب الدلتا وشمالها ، وهو يلى فى الأهمية التيار السابق .

– التيار المتجه الى منطقة قناة السويس ، ويغذيه تيارات من جنوب الصعيد ومن محافظات شرق الدلتا ويغذيه تيارات من جنوب الصعيد ومن محافظات شرق الدلتا .

– ثلاثة تيارات فرعية أحدهما الى أسوان من قنا وثانيهما الى شمال الدلتا من جنوبها والثالث يدخل الى البحر الأحمر وسيناء قادما من جنوب الصعيد .

الهجرة الريفية الحضرية :

توضح المقارنة بين تطور نسبة سكان كل من الريف والمدن بالقياس الى جملة سكان مصر مدى الجذب الذى تمارسه المدن المصرية لسكان الريف . وطبقا لأرقام الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، فإن أكثر من مليون مواطن قد هاجروا من الريف الى المدن فى الفترة ما بين أعوام ١٩٦٠ / ١٩٧٠ ، ومن هذا العدد ٧٥١.٠٠٠ نسمة فى الفترة ما بين أعوام ١٩٦٠ / ١٩٦٥ ، قد تميزت هذه الفترة بتوازن نسبي فيما يتعلق بهجرة كل من الذكور والاناث ، حيث بلغ المهاجرين من الذكور ٣٨١.٠٠٠ ، فى مقابل ٣٧٠.٠٠٠ من الاناث أما فى الفترة ١٩٦٥/١٩٧٠ فقد هاجر فيها من الريف الى المدن ٣٨٩.٠٠٠ نسمة ، وزادت نسبة الذكور بين المهاجرين ، حيث بلغوا ٢٠٨.٠٠٠ نسمة ، فى مقابل ١٨١.٠٠٠ من الاناث .

وأما توزيع الأعداد الفعلية والنسبية لسكان كل من الريف والمدن فى مصر ، فتظهر فى الجدول رقم (٣) ويتضح منه مدى توالى ارتفاع نسبة سكان المدن وانخفاض نسبة سكان الريف الى جملة السكان ، وقد تجاوزت نسبة سكان المدن ضعف ماكانت عليه بين أعوام ١٩٠٧ / ١٩٧٦ كما أنه من حيث الأرقام المطلقة بلغ سكان المدن فى عام ١٩٧٦ أكثر من سبعة أمثال ماكانوا عليه فى عام ١٩٠٧ (٧٦٤٪) ، وفى مقابل

ذلك انخفضت نسبة سكان الريف الى جملة السكان من ٨١٪ فى عام ١٩٠٧ الى ٥٦٪ فى عام ١٩٧٦ ، أما من حيث الأرقام المطلقة فإن هذه الزيادة لم تزد كثيرا عن التضاعف (٢٢٦٪))

وإذا حاولنا النظر فى مدى الجذب الاقليمى للمدن ، وباستبعاد المحافظات كاملة الحضرية ، فانتا نجد أن اجتذاب مدن الوجه القبلى للهجرة من ريف الوجه القبلى يتم بدرجة أكبر مما تجذبه مدن الوجه البحرى من ريفه ، ففى تعداد ١٩٢٧ كانت مدن الوجه القبلى تضم ١٥.٦ من سكان الوجه القبلى ، لكن النسبة ارتفعت فى عام ١٩٧٦ الى ٣٠.٥٪ من سكان الوجه القبلى ، أما فى الوجه البحرى فقد كانت المدن تضم ١٥.٥٪ من سكانه فى عام سكان ١٩٢٧ ، ثم ارتفعت النسبة الى ٢٦.٨٪ ، وربما يكون النمو الملحوظ فى مدينة الجيزة هو السبب الرئيسى فى ارتفاع نسبة سكان الحضر فى الوجه القبلى ، كما أن التباعد الكبير بين مدن الوجه القبلى بالقياس الى مدن الوجه البحرى ، يؤثر على قرار الهجرة فى الصعيد بدرجة أكبر .

ومن الملحوظ أن الهجرة الى المدن الكبيرة تجتذب سكانا أكبر مما تجتذبه المدن الصغيرة ، ويقترب عدد سكان المدن الخمس الكبرى : (القاهرة ، الاسكندرية ، الجيزة ، بورسعيد ، السويس) من نصف عدد سكان محافظات الدلتا ، وحوالى ٦٠٪ من سكان محافظات الصعيد . وتمثل القاهرة وحدها نصف جملة سكان المدن المصرية ، وتزيد فى الاسكندرية عن ٦٥٪ من جملة سكان المدن المصرية .

ويرتبط باتجاهات الهجرة من الريف الى المدن ، أن أقل المحافظات المصرية فى نسبة الحضر بها هى المنوفية ، وأن أعلى المحافظات غير الحضرية فى نسبة الحضر بين سكانها هى الجيزة . ففى تعداد ١٩٧٦ تبلغ نسبة الحضر فى المنوفية ١٩.٧٪ من سكانها فى مقابل ٥٧٪ من سكان الجيزة فى التعداد نفسه .

ومن خلال أرقام التعدادات المصرية يظهر أن العدد المطلق لسكان

مقابل كل مهاجر كانت تجتذبه احدهما ، كان يخرج منها ١٣ من أبنائها المولودين بها ليهاجروا الى محافظات أخرى .

ولما كانت الهجرة الداخلية في مصر تتم في معظمها بقرار فردي ، فان أهم عناصر الجذب أو الدفع هو العامل الاقتصادي الذي يتمثل في صورة العمل الأفضل من حيث الدخل وما يصاحبه عادة من انتقال اجتماعي ، وعلى نحو خاص بالنسبة للهجرة من الريف الى المدن . ولما كان التحول الاقتصادي والاجتماعي في مصر - مقترنا بارتفاع معدلات الخصوبة ونمو السكان وخاصة في الريف - قد أدى الى انخفاض حصة الفرد من الأرض الزراعية التي تشكل مصدرا أساسيا للدخل لمعظم سكان مصر ، فقد أصبح من المألوف أن تتزايد الهجرة من الريف الى المدن ، وليس غريبا أن تكون أعلى محافظات مصر من حيث الكثافة الزراعية هي سوهاج ، وتليها الجيزة وأسيوط وقنا والمنوفية ، وهذه المحافظات - باستثناء الجيزة - هي محافظات الطرد الرئيسية في مصر ، وترتفع الكثافة الزراعية فيها جميعا من ٢٠٠ نسمة / كم ٢ طبقا للتعداد الزراعي في عام ١٩٦١ ، وقد ارتفعت الآن هذه الكثافة عن ذلك كثيرا ، كما أن معدل العمالة الزراعية للفدان هو أعلى ما يكون في كل من محافظتي المنوفية وسوهاج في التعدادات الزراعية المصرية : ١٩٣٩ ، ١٩٥٠ ، ١٩٦١ ، وفي التعداد الأخير يخص كل فدان ١.٥ عامل زراعي ، معنى ذلك أن أى إدخال للأساليب الزراعية الحديثة واستخدام الآلات سوف يؤدي الى مزيد من الطرد السكاني في هذه المحافظات . أما الجيزة - الى جانب أن جزءا منها يدخل في المجتمع الحضري للقاهرة الكبرى - فان استخدام الأراضي الزراعية فيها يخصص في معظمه لثميين القاهرة بالفواكه والخضروات ، لأنها جزء من الظهير الزراعي للقاهرة ، وتشترك معها القليوبية في ذلك ، ولهذا فان الدخل من الزراعة في الجيزة والقليوبية أعلى بالنسبة للفدان من أرض المنوفية وسوهاج ، لأن استخدام الأراضي في المحافظتين الأخيرتين يخصص

الريف في كل من محافظتي المنوفية وأسوان كان يتناقص في بعض التعدادات عما عليه في تعدادات سابقه ويظهر ذلك بالنسبة لتعدادي ١٩٣٧ ، ١٩٤٧ حيث كان سكان الريف في كلا المحافظتين أقل عددا من التعداد اللاحق من سابقه ، وإن كان سكان المدن في المحافظتين قد تزايدوا في التعدادين المذكورين مثلها في ذلك مثل بقية المحافظات المصرية .

والواقع أن الهجرة من الريف الى المدن - أو ما يطلق عليه التحضر - هي أهم متغير سكاني يؤثر في إعادة توزيع السكان في مصر ، وهو يرتبط بعدد من العوامل المركبة من قوى الطرد في الريف وقوى الجذب في المدن .

عوامل الدفع وعوامل الجذب :

درجت دراسات الهجرة على استخدام مصطلح "عوامل الدفع" أو الطرد ، في مقابل "عوامل الجذب" ، على أساس أنهما قوتان تحددان مسار تيارات الهجرة ، والواقع أن كلا من الطرد والجذب أمران نسبيان ، فحتى المحافظات الطاردة للسكان ، قد تجتذب سكانا آخرين - وليس الطرد أو الجذب اذن من الأمور المطلقة ، وتتمثل المحصلة النهائية في صورة الهجرة الصافية ، وهي التي تحدد تغلب أى من العاملين على الآخر ، فكل من محافظتي المنوفية وسوهاج - وهما أكثر محافظات مصر دفعا للسكان - كانت حركة الهجرة الداخلية فيهما حسب تعداد ١٩٦٦ كما يأتي : -

| المحافظة | مهاجرون الى المحافظة | مهاجرون من المحافظة | الهجرة الكلية | الهجرة الصافية |
|----------|----------------------|---------------------|---------------|----------------|
| المنوفية | ٢٥٨١٨ | ٣٥٥٧٨٣ | ٣٨١٦٠١ | ٣٢٩٩٦٥ - |
| سوهاج | ١٩٣٦٠ | ٢٦٠٥٠٢ | ٢٧٩٨٦٢ | ٢٤١١٤٢ - |

ومن أرقام الهجرة في محافظتي سوهاج والمنوفية يتضح أنه في

فى معظمه لزراعة المحاصيل الحقلية التقليدية وليس الفواكه أو الخضروات.

وعلى الرغم من أن العوامل الاقتصادية هى أكبر جزء محرك للهجرة فى مصر ، طردا أوجذباً فإن ثمة عددا من العوامل الاجتماعية الأخرى مثل : التطلع الى حياة أفضل ، والتمتع بالخدمات الأجود مستوى التى تقدم فى المدن ، هذا الى جانب أن عددا من الوظائف ذات الصلة المركزية مثل : التعليم الجامعى ، والخدمات الطبية التخصصية والاستشارات فى كافة المجالات ، لاتوجد سوى فى المدن ، وتناسب مرتبة تلك الوظائف مع الحجم السكانى للمدن .

واذا كانت العوامل الاجتماعية تأخذ دورها بعد العوامل الاقتصادية كدوافع للهجرة ، فإن هذه العوامل جميعا تتكامل فيما بينها من حيث أثرها على اتخاذ قرار الهجرة .

الهجرة الداخلية الى القاهرة :

يتضح من دراسة التعدادات المصرية ، منذ تعداد ١٩١٧ ، أن تيار الهجرة الى القاهرة يتزايد باطراد فى حجمه ويظهر ذلك من الجدول رقم (٤)

ويظهر من أرقام تعداد ١٩٦٠ أن المنوفية كانت أكبر المحافظات المرسلة للسكان الى القاهرة ، وقد أسهمت وحدها بنسبة ٢٢٪ من الهجرة الصافية الى القاهرة ، ثم تليها فى الترتيب محافظات : الغربية ، والشرقية ، والقليوبية ، والدقهلية ، من محافظات الوجه البحرى . أما عن محافظات الوجه القبلى فتأتى أسويط فى المقدمة ، تليها سوهاج ثم قنا .

كما يلاحظ أن معظم الهجرات التى خرجت من القاهرة اتجهت الى اجزاء من اقليم القاهرة الكبرى ، فقد استقبلت الجيزة وحدها ٣٥٪ من جملة المهاجرين من القاهرة ، اذ انتقل ٦٤٥٨٤ شخصا من محافظة الجيزة الى محافظة القاهرة ، على حين انتقل الى محافظة الجيزة من

القاهرة ٨٨٥٤٣ شخصا ، بما يعنى أن الهجرة الصافية فى صالح الجيزة بعدد ٣٣٩٥٩ شخصا ، وكان تعداد ١٩٦٠ هو بداية حدوث هذه الظاهرة فى الهجرة الصافية من القاهرة الى الجيزة ، ثم مالبث أن تكررت فى التعدادات التالية ، فاذا أضفنا لذلك أن عددا آخر من المهاجرين من القاهرة اتجهوا الى محافظة القليوبية ، وخاصة مدينة شبرا الخيمة ، فإن هذا يرفع نسبة المهاجرين من محافظة القاهرة الى بقية مكونات القاهرة الكبرى .

ومن المناطق الجغرافية الرئيسية المرسلة للسكان الى القاهرة - حسب تعداد ١٩٦٠ جنوب الدلتا ، ويضم محافظات : المنوفية والقليوبية والغربية والقطاع الجنوبى من محافظة الدقهلية ، وقد أسهمت هذه الأجزاء بنسبة ٥٣.٥٪ من جملة الهجرة الصافية الى القاهرة وأسهمت المنوفية وحدها بنسبة ٢٢٪ .

أما المنطقة الثانية فى ارسال المهاجرين الى القاهرة فهى مصر العليا ، التى أسهمت محافظات الأربع بنسبة ٣١٪ من الهجرة الصافية للقاهرة ، على حين لم تسهم محافظات مصر الوسطى الا بنسبة ٧.٨٪ وهنا نجد أن عامل الدفع من مصر العليا تغلب على عامل المسافة الأقل فى حالة مصر الوسطى التى هى أقرب الى القاهرة من مصر العليا .

ومن حيث الأعداد المطلقة للمهاجرين ، فقد أرسل جنوب الدلتا ٥١٠٧٥٢ مهاجرا الى القاهرة ، منهم ٢٠٩٧٢٦ من المنوفية . وأسهمت محافظات مصر العليا بإرسال ٣٩٣٩٧٧ مهاجرا الى القرية ، فى حين أرسلت مصر الوسطى ٧٤١٧٤ مهاجرا الى القاهرة .

أما تعداد ١٩٦٦ فقد تجاوز فيه حجم الهجرة الكلية الى القاهرة مليون نسمة ، حيث بلغت أعداد المشتركين فى الهجرة الكلية ١٤٢٥٨٦٣ نسمة ، انتقل منهم الى القاهرة ١١٨١٢٢٨ مهاجرا ، فى مقابل ٢٤٤٦٣٥ هاجروا من القاهرة ، وبهجرة صافية الى القاهرة تقرب من

جدول رقم (٣)
التوزيع العددي والنسبي
لسكان الحضر والريف في مصر
في التعدادات ١٩٠٧ - ١٩٧٦

| التعداد | جملة عدد السكان | سكان الحضر | | سكان الريف | |
|---------|-----------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | عدد السكان | % من الجملة | عدد السكان | % من الجملة |
| ١٩٠٧ | ١١٨٣.٠٠٠ | ٢١٢٥.٠٠٠ | ١٩ | ٩.٥٨٠.٠٠٠ | ٨١ |
| ١٩١٧ | ١٢٦٧.٣٠٠ | ٢٦٤.٠٠٠ | ٢١ | ١٠.٢٩٧.٠٠ | ٧٩ |
| ١٩٢٧ | ١٤.٨٣٢٧٦ | ٣٧١٥٨٤٠ | ٢٦ | ١٠.٣٦٧٤٣٦ | ٧٤ |
| ١٩٣٧ | ١٥٨١١.٠٨٤ | ٤٣٨٢.٨٣ | ٢٨ | ١١٤٢٩.٠١ | ٧٢ |
| ١٩٤٧ | ١٨٨.٥٨٢٦ | ٦٢.٢٣١٦ | ٣٣ | ١٢٦.٣٥١٠ | ٦٧ |
| ١٩٦٠ | ٢٥٧٧١٤٩٥ | ٩٦٥١.٩٧ | ٣٧ | ١٦١٢.٣٦٨ | ٦٣ |
| ١٩٦٦ | ٢٩٧٢٤.٩٩ | ١٢.٣٦٧٨٧ | ٤٠ | ١٧٦٨٧٣١٢ | ٦٠ |
| ١٩٧٦ | ٣٦٨.٣١٨٠ | ١٦٢٤٣٦١٣ | ٤٤ | ٢.٥٦٠.٥٦٧ | ٥٦ |

جدول رقم (٤)
حركة الهجرة الداخلية الى القاهرة
ومعدلاتها في الفترة بين تعدادي ١٩١٧ - ١٩٦٦

| التعداد | مهاجرون الى القاهرة | مهاجرون من القاهرة | الهجرة الصافية | معدل الهجرة الصافية % |
|---------|---------------------|--------------------|----------------|-----------------------|
| ١٩١٧ | ٢٢٩٣١٣ | ٧١٧٥٦ | ١٥٧٥٥٧ | ٢٠,٠ |
| ١٩٢٧ | ٣٦٢٥٥٢ | ٦٥٧٠١ | ٢٩٦٨٥١ | ٢٨,٤ |
| ١٩٣٧ | ٢٣٣١٦٠ | ٧٤٤٨٧ | ٣٥٨٦٧٣ | ٢٦,٢ |
| ١٩٤٧ | ٧٠.١٤٩٣ | ٩٤٩٣٢ | ٦.٦٥٦١ | ٢٨,٣ |
| ١٩٦٠ | ١١٩٤٢٨٦ | ٢٤١٦٢٣ | ٩.٢٢٦٦٣ | ٢٨,٤ |
| ١٩٦٦ | ١١٨١٢٣٨ | ٢٤٤٦٣٥ | ٩٣٦٥٩٣ | ٢٢,٢ |

المدينة ذات المرتبة ١٢ على مستوى العالم وسيصل سكانها الى ١٦.٤ مليون نسمة في عام ٢٠٠٠ ، أى ما يصل الى أكثر من ٢٠٪ من سكان مصر حسب التقديرات المتوسطة لعدد السكان في نهاية القرن العشرين .

ولعل مما يستحق الإشارة هنا أن حركة العمل اليومية ، أو مرحلة العمل اليومية ، الى القاهرة لاتدخل في حسابات الهجرة ، مع أنها تؤدي الى مزيد من الاختناقات والمشكلات التي تتعرض لها القاهرة ، ويتطلب هذا الموضوع دراسة خاصة .

أما أهم الآثار التي تعاني منها القاهرة نتيجة تدفق الهجرة فيمكن اجمال أهمها فيمايلي :

- قصور الخدمات والمرافق مثل : المياه والكهرباء والمجاري ، التي أصبحت تخدم سكانا أكبر كثيرا من طاقتها القصوى التي صممت لها ، ويؤدي ذلك الى مشكلات يومية كثيرة .

- مشكلات النقل والمواصلات في القاهرة ، ويرتبط بذلك : سوء الطرق وارتباك المرور وسوء أحوال المركبات ووسائل النقل العام التي تخدم أعدادا فوق طاقتها بكثير ، مما يعاني منه ملايين السكان يوميا ، الى جانب انخفاض العمر الافتراضي لتلك الوسائل ، كما أن خطوط التليفونات أصبحت عديمة الفاعلية في كثير من الأحياء السكنية .

- انخفاض حصة الفرد من الرعاية الصحية والاجتماعية والترفيهية وضالة نصيب ساكن القاهرة من المساحات الخضراء والمناطق المكشوفة ، برغم التلوث الذي يهدد العاصمة وارتفاع درجة التزاحم والكثافة السكانية الى درجة مرهقة .

- ازدياد حدة أزمة الاسكان ، وقد أصبحت القاهرة تعاني من ظواهر لم تكن مألوفة بها مثل : سكنى المقابر ، ووجود أعداد كبيرة من السكان بلا مأوى ، مما يؤدي الى آثار اجتماعية سيئة .

- عدم استيعاب مدارس القاهرة لنسبة كبيرة من التلاميذ ، سواء في المدارس الابتدائية أو الإعدادية والثانوية . وتكدس الفصول الدراسية بالتلاميذ واضطرار المدارس الى العمل على فترات ، مما يتعكس أثره على التحصيل الدراسي والنشاط المدرسي ، وما يصاحب

مليون نسمة (٩٣٦٥٩٣) يمثلون ٢٢.٢٪ من جملة سكان القاهرة ، في مقابل ٩٥٢٦٦٣ نسمة في تعداد ١٩٦٠ ، كانوا يمثلون ٣٨.٤٪ من جملة سكان القاهرة في ذلك الوقت . ومعنى ذلك أن كلا من العدد المطلق والنسبة المئوية للمهاجرين الى القاهرة ، قد تناقصا في تعداد ١٩٦٦ عما كانا عليه في تعداد ١٩٦٠ ، ولكن ذلك لايمكن التعويل عليه كاتجاه لأن تعداد ١٩٦٦ كان بطريق العينة و لهذا ينبغي أن ننتظر الأرقام التفصيلية لتعداد سنة ١٩٧٦ الشامل .

وقد اتضح من دراسة أجراها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عن حركة الهجرة الى القاهرة في الفترة ما بين أعوام ١٩٦٥ - ١٩٧٠ ، أن القاهرة استقبلت خلال تلك الفترة هجرة صافية مقدارها ٤٢٩٠٠٠ نسمة ، بمعدل هجرة ٢.١ سنويا ، وهو معدل مرتفع للغاية ، وربما كان مرتبطا بآثار تهجير سكان منطقة قناة السويس ، ولعل ظهور نتائج تعداد ١٩٧٦ يوضح أثر عودة الحياة الطبيعية لمنطقة القناة في الهجرة الى القاهرة .

الآثار الناتجة عن الهجرة الى القاهرة :

تؤدي الهجرة المتدفقة على مدينة القاهرة ، وعلى اقليم القاهرة الكبرى الى كثير من الآثار السيئة التي تتمثل بالدرجة الأولى في انخفاض مستوى الخدمات التي تقدم لسكان العاصمة الذين يشكلون حوالي ١٤٪ من جملة سكان مصر ، ويقطنون مساحة لاتتعدى ٠.٤٪ من المساحة الكلية لمصر ، وبكثافة سكانية بالغة الارتفاع وصلت الى ٢٣٧٣٧ نسمة كم / على مستوى القاهرة كلها ، وهي تزيد عن مائة نسمة \ كم في بعض الأقسام ، مثل روض الفرج وباب الشعرية ، منذ عام ١٩٦٦ ، ويندر أن نجد لهذه الكثافة مثيلا في العالم كله .

ويزيد مشكلة القاهرة حدة أن نموها السكاني يحدث بمعدلات تؤدي الى مزيد من الضخامة ، حتى على مستوى العالم ، وطبقا لتقديرات الأمم المتحدة فقد كانت القاهرة تمثل المرتبة ٢٥ بين مدن العالم الكبرى في عام ١٩٥٠ ، ثم أصبحت تحتل المركز ١٩ في عام ١٩٧٥ ، وارتفع عدد سكان القاهرة (بما فيها مدينة الجيزة) من ٢.٤ مليون نسمة في منتصف القرن الحالى الى ٦.٩ مليون نسمة في عام ١٩٧٥ ، وإذا سارت معدلات النمو على هذا النحو ، فإن القاهرة الكبرى ستصبح

ذلك من آثار سيئة على الأجيال الجديدة .

- ظهور أحياء عشوائية النمو تعكس ظاهرة التحضر الزائف ، نظرا لأن سكان هذه الأحياء قد انتقلوا لسكنى المدينة دون أن تتغير أساليب حياتهم أو أنماط سلوكهم الاجتماعى ، وهذه الأحياء منخفضة فى مستويات السكان من النواحي الاقتصادية والاجتماعية ، وكثيرا ما تؤدي إلى أعراض مرضية فى المجتمع .

التوصيات

وفى ضوء الدراسة السابقة ومادار حولها من مناقشات انتهى المجلس الى التوصيات الآتية :-

* بذل الجهود المكثفة لتنمية الريف للتخفيف من حدة عوامل الطرد تدريجيا . ولعل حل كثير من مشكلات المدن المصرية والهجرة إليها يتطلب البدء الفوري بعلاج مشكلات الريف . وفى هذا الصدد لابد من الارتقاء بمستوى الخدمات فى الريف كما وكيفا ، عن طريق نشر الوحدات المجمعة وكهربية الريف والاهتمام برفع إنتاجية الفلاح المصرى فى الزراعة أو فى الصناعات الريفية ، ومن الضروري القضاء على الأمية لتحقيق هذه الأهداف .

* الاهتمام بتخطيط وتنمية المدن متوسطة الأحجام وهى عواصم المحافظات ، وكذلك المدن الصغيرة وهى عواصم المراكز ، وذلك لتحول هذه المدن إلى أقطاب جذب محلية تخفف من مركزية نمو القاهرة وتضخمها ، ولابد إذن من الاتجاه إلى التخطيط الإقليمى لربط هذه المدن بأقاليمها وربما يكون تقسيم مصر إلى أقاليم تخطيطية خطوة طيبة على الطريق .

وينبغى مراعاة مايلى فيما يتعلق بالعمل على تنمية المدن المتوسطة والصغيرة:

- ألا يكون النمو العمرانى لهذه المدن على حساب الأراضى الزراعية ، ويصدق ذلك خاصة على مدن الصعيد ومنطقة قناة السويس وسواحل البحر المتوسط والبحر الأحمر وعلى هوامش الدلتا المصرية .
- الاستفادة من التجارب الناجحة فى هذا الصدد ، مثل مجمع

الأنسيوم بنجع حمادى وتوسعه على الأراضى الصحراوية وليس على الأراضى الزراعية .

- أن يرتبط ذلك كله بخطة لإعادة توزيع السكان فى مصر وخطة قومية لاستخدام الأراضى .

* العمل على دفع مشروعات إنشاء المدن والمجمعات الجديدة مثل : العاشر من رمضان ، والعامرية ، والسادات ، وغيرها من المدن التى يخطط لها الآن ، على أن يراعى أن يكون لتلك المدن الجديدة كيان اقتصادى بحيث لا تتحول إلى تابع لمدينة الدلتا ، ولذلك لابد من أن تتوفر فى هذه المدن الجديدة فرص العمل والسكن معا . ويستدعى هذا تشجيع إقامة المشروعات والصناعات الجديدة بها وربطها بشبكة النقل القومية . ولعل ذلك يسهم فى تعديل مسار حركة الهجرة الداخلية فى مصر .

* اعلان القاهرة الكبرى والاسكندرية مناطق مقفلة أمام أى توسعات صناعية فى المصانع القائمة أو أى إنشاءات صناعية جديدة ، وتشجيع انتقال الصناعات التى انتهى العمر الافتراضى لآلاتها وبنيتها الأساسية . مع توزيع الصناعات الجديدة على المحافظات دعما للاستقرار بها ولحد من الهجرة إلى القاهرة والاسكندرية .

* اعطاء أولوية لتطوير وتنمية عواصم المحافظات التى أصبح لها مجالس مدن جديدة وفقا لقانون الحكم المحلى ، لتشارك فى عملية جذب السكان إليها من ريفها المجاور ، بدلا من اتجاه الهجرة إلى المدن الكبرى وخاصة العاصمة ، ويمكن للمجالس الشعبية أن تؤدي دورا رائدا فى هذه الجهود ، حتى تسهم الحلول الإقليمية للمشكلة السكانية فى تصحيح مسار النمو السكانى وتوزيع السكان ، بدلا من ربط ذلك بالحلول المركزية .

* ينبغى أن تنال الجامعات الإقليمية قدرا كبيرا من الدعم لتحقيق الأهداف التى أنشئت من أجلها وبما يعاون فى إيقاف تيار الهجرة إلى المدن الكبرى .

القسم الثالث

الخدمات الصحية

الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١

مستقبل التأمين الصحي

ان يقدم رعاية طبية سهلة ميسرة ، عالية المستوى ، ومتكاملة العناصر
ويتيح فرصا متكافئة للجميع بصرف النظر عن القدرة المادية للمؤمن
عليه .

مقومات التأمين الصحي :

يعتمد التأمين الصحي في تمويله على مساهمة العامل ومساهمة رب
العمل ومساهمة الحكومة وتتجمع هذه المساهمات في صناديق او صندوق
مستقل في ادارته عن ميزانية الدولة للصرف منها على الرعاية الطبية
والتعويضات وفقا للقانون .

وتعتبر المزايا حقا من حقوق المؤمن عليه (وليست منحة) ويتناسب
التعويض المادى عادة مع الأجر ولكن الرعاية الطبية ضد المرض
او الاصابة فتقدم لكل من يحتاج اليها ويحدد هذه الرعاية طبيعة المرض
او الاصابة لا درجة مساهمة المؤمن عليه .

ويقتضى نظام التأمين الصحي وجود نظام للتحكيم لقرار حق
الحصول على التعويض النقدي والرعاية الطبية الكاملة .

والتأمين الصحي الزامى بالنسبة للمؤمن عليهم وبالنسبة لأرباب
الأعمال ويقصد بالالزام اشتراك جميع المواطنين الذين تنطبق عليهم
أحكام قانون التأمين الصحي كما يسرى على أرباب الأعمال الذين يعمل
لديهم هؤلاء المواطنون .

ويحقق هذا الالتزام ما يأتى :

أ- استفادة الهيئة التى تطبق التأمين الصحي مما يسمى بقانون
الاعداد الكبيرة فمع زيادة اعداد المشتركين في التأمين تزداد
المساهمات وترتفع قدرة الصناديق على دفع التعويضات النقدية ورفع
مستوى الرعاية الطبية لأن تكاليف المصروفات الثابتة توزع على اعداد
كبيرة من المؤمن عليهم ، وبذلك فان تكلفة التأمين الصحي محسوبة على
أساس الفرد الواحد تقل كلما زادت أعداد المؤمن عليهم دون المساس
بالمستوى بل ان رصيد الصندوق يسمح بتكوين فائض يمكن استخدامه
في التوسع لحماية شرائح ذات دخول منخفضة لم تكن تتمتع بحماية

يعتبر التأمين الصحي أهم فروع التأمينات الاجتماعية لاتصاله
بحماية المواطن ضد المرض والإصابة وأخطارهما ، وما ينتج عنهما من
عجز مؤقت أو دائم ويتدرج تحت المساعدات الاجتماعية بعض نظم
العلاج الأخرى مثل العلاج المجانى والعلاج الاقتصادى وبعض النظم
الخاصة التى تحدد عناصر العلاج او مستواه أو تضع حدا أعلى لما
يصرف على المريض وفي ظروفنا الحالية التى نشهد فيها تحولا
اقتصاديا واجتماعيا كبيرا ، تصبح وظائف ورسالة هيئات التأمين
الاجتماعية بالغة الأهمية .

ونظرا لأن التأمين الصحي يعد من أهم فروع التأمينات الاجتماعية
فى الدولة فيجب التنسيق والتكامل بين هذا الفرع الهام وفروع التأمينات
الاجتماعية الأخرى ، حتى تشمل مظلة التأمينات الاجتماعية بكل فروعها
جميع المواطنين .

والتأمين الصحي ، سلسلة من الإجراءات لحماية المواطن ضد
اخطار المرض او الإصابة ، يكفل تقديم رعاية طبية عاجلة وكاملة لكل
من يحتاج اليها وتعويضه ضد العجز المؤقت الذى ينتج عن المرض او
الاصابة وفقا لنظام التأمين الاجتماعى ولهذا فان التأمين الصحي يجب

التأمين من قبل .

ب - تحقيق مبدأ التضامن الاجتماعى فمساهمة العامل تتناسب مع أجره أى أن العامل ذو الدخل المحدود يدفع مبلغا او قسما شهريا صغيرا ، فى حين يدفع العامل ذو الأجر المرتفع قسما أكبر وبهذا يتحقق التضامن الاجتماعى بين نوى الدخل المرتفعة ونوى الدخل المنخفضة .

كما أن العامل غير المعرض للمرض أو الإصابة والذي لا يفيد من النظام الا قليلا يتضامن اجتماعيا مع العامل المعرض للمرض أو الإصابة والذي يتردد كثيرا للعلاج وصرف المزايا وهذا ما يسمى بالتضامن الاجتماعى المزوج .

عناصر الرعاية الطبية التأمينية :

تتمثل هذه العناصر فيما يلى :

- رعاية الطبيب العام (الممارس العام) وتشمل الزيارات المنزلية .
- الفحوص الطبية وتشمل الفحوص المعملية وفحوص الأشعة وغيرها .

- رعاية الأطباء الاختصاصيين .

- صرف الأدوية والأجهزة والتعويض بما فيها الاطراف الصناعية وأطقم الأسنان .

- رعاية الحمل والولادة للمؤمن عليهن .

- رعاية المستشفى .

- رعاية وعلاج الأسنان .

- التأهيل الطبى .

- رعاية الناقهين .

- التمريض المنزلى .

- خدمة عربات الاسعاف .

ومن هذا يتضح أن الرعاية الطبية التى تقدم هذه العناصر او معظمها وتتكامل فيها هذه الرعاية تكون عادة باهظة التكاليف لهذا فان

نظام التأمين الصحى يجب أن يقوم على اقتصاديات سليمة وأن يكون هناك توازن بين ما يصرف على هذه الرعاية وما يحصل من مساهمات لصالح المؤمن عليهم ، مع اتخاذ اجراءات تنظيمية وادارية وفنية لمتابعة برامج التطبيق والتحقق من أن الرعاية الطبية تقدم على أعلى مستوى وبأقل تكلفة ممكنة .

استراتيجية التأمين الصحى حتى عام ٢٠٠٠ :

فى إطار الاستراتيجية العامة للدولة فى تحقيق العدالة الاجتماعية والتكافل الاجتماعى وتنمية القوى البشرية وزيادة الدخل القومى وتوفير الخدمات ، يصبح التأمين الصحى هو الأداة اللازمة لهذه التنمية فى مجال الرعاية الطبية والأهداف التى يمكن الوصول إليها هى ان يغطى التأمين الصحى المواطنين طبقا لبرنامج زمنى يتم تحديده فى ضوء توفير الامكانيات المالية والبشرية والمعدات الفنية ووفقا للولويات الآتية بالنسبة للمستفيدين منه :

١- العمالة المنتظمة من العاملين فى الحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص .

٢- المتقاعدون من العاملين وخاصة أولئك الذين سبق تقديم الرعاية الطبية التأمينية لهم قبل تقاعدهم .

٣- أمر العاملين الذين طبق عليهم نظام التأمين الصحى الاجتماعى ويقصد بالأسرة هنا الزوجة والاولاد القصر .

٤- العاملون فى القطاع الزراعى وأسرهم .

٥- العاملون الذين يعملون فى نشاطهم الخاص وأسرهم .

وعلى ان يوفر التأمين الصحى العناصر التالية :

١- خدمة الممارس العام .

٢ - خدمة الاختصاصى خارج المستشفيات

٣- صرف الأدوية . ٤- رعاية المستشفى .

٥- صرف الأجهزة التعويضية . ٦- رعاية الأم فى الحمل والولادة .

٧- طب الأسنان . ٨ - التأهيل الطبى .

٩- التمريض المنزلى والرعاية الطبية المنزلية .

١٠- خدمات الاسعاف ١١- رعاية الناقهين .

وطبيعى أن هذه العناصر يمكن قصرها فى بداية التطبيق على الأسر - وفقا لحالة التمويل - فى العلاج على مستوى الممارس والأخصائى خارج المستشفيات والحالات الطارئة والعاجلة داخل المستشفيات كما يمكن تأجيل العناصر ٩ ، ١٠ ، ١١ الى مراحل متقدمة من التطبيق .

ولا شك ان الحفاظ على مستوى الرعاية الطبية المرجوة يقتضى تقييم هذا المستوى وتقييم الاداء بين فترة وأخرى عن طريق مجموعات فنية تتولى أداء البحوث اللازمة لتقييم هذا الاداء ومتابعة التنفيذ . كما أن برامج التأمين الصحى لا بد وأن تعمل على تحقيق الأهداف المشار اليها آنفا طبقا لبرنامج زمنى محدد ومتدرج يواجه الموضوعات التالية :

- كيفية التوسع .

- تنظيم الهيئة وعلاقاتها بالفروع والهيئات التأمينية الأخرى .

- التمويل والتوازن المالى .

- انماط التطبيق .

- المجتمع الزراعى وكيفية تطبيق التأمين الصحى على العاملين فى

القطاع الزراعى والتوسع فى تطبيق التأمين الصحى اما أن يكون جغرافيا او رأسيا .

أولا : التوسع الجغرافى :

ويقصد به التطبيق فى موقع جغرافى معين ، كما حدث فى محافظة الإسكندرية ، حيث بدىء بالتأمين الصحى على منشآت كبيرة ثم امتد التطبيق حتى شمل منشآت القطاع الخاص التى يبلغ عدد العاملين فيها ١٠ اعمال فاكثرت ثم ه اعمال فاكثرت ثم العاملين فى الهيئات العامة والمؤسسات العامة ثم العاملين بالمصالح الحكومية وقد أتاح التوسع الجغرافى للهيئة الاستفادة من الامكانيات المادية والبشرية الموجودة فى

محافظة الاسكندرية واستكمال الامكانيات كلما زاد عدد المؤمن عليهم وأحكام الرقابة ومتابعة التنفيذ عن كثب ، حيث تظهر مشاكل التطبيق ، وتقوم ادارة الفرع بحل هذه المشاكل اولا باول .

ومن شأن هذا التوسع الجغرافى أن يتولى التطبيق على المنشآت الصغيرة والكبيرة ، وتزداد أعداد المؤمن عليهم ويتحقق للهيئة من التمويل الكافى ما يمكنها من استيعاب الفئات الضعيفة والمحرومة من الرعاية الطبية .

ثانيا : التوسع الرأسى :

ويعنى التطبيق على فئة معينة بذاتها فى جميع المحافظات مرة واحدة ثم امتداده الى فئة أخرى أو شريحة على مستوى الجمهورية وهكذا . وهذا النوع من التوسع هو ما اتبع عند التطبيق على العاملين بالحكومة ، وما اتبع ايضا عند التطبيق على بعض الهيئات مثل العاملين بالهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية حيث طبق التأمين على مجموعات صغيرة فى كل محافظة واتبع الأسلوب غير المباشر فى التطبيق ، حيث تم التعاقد مع الأطباء الممارسين والأخصائيين فى عياداتهم وطبيعى ان يتمتع على الهيئة رقابة التطبيق فى ادارات الفروع وادارة الهيئة وقد أدى كل هذا الى ارتفاع التكلفة وانخفاض مستوى الخدمة وسوء الاستخدام وخاصة فى مجال الدواء .

ولهذا فان اسلوب التوسع الجغرافى هو الاسلوب الأمثل الذى يمكن من التوسع السريع واستغلال وخلق الامكانيات وتقديم أعلى مستوى من الرعاية باقل تكلفة ممكنة .

ومن ناحية أخرى فان التطبيق الجغرافى وتغطية أكبر عدد من المواطنين فى موقع جغرافى معين ، سوف يسهم فى تطور المجتمع فى هذا الموقع ويؤدى الى تنمية الحالة الصحية للقوى البشرية فيه وبالتالي تتكامل خطة الرعاية الطبية مع الخطة الاجتماعية والخطة الاقتصادية على المستوى المحلى .

على أن تكون اولويات التطبيق فى الموقع الجغرافى المعين على النحو الآتى :

التوازن المالى بين إيراداته ومصروفاته مع تحقيق احتياجات كافية .

- تكون هذه الفروع قادرة ماليا واداريا على تنفيذ البرامج ، أى

يتعين أن تكون لها سلطات مالية وادارية واسعة وتخضع لرقابة ومتابعة

وتقييم هذه الهيئة .

- تختص هذه الهيئة بتقديم الرعاية الطبية للمؤمن عليهم فى حالات

المرض والاصابة ، وتشمل الإصابات كل ما يتصل بالأمراض المهنية

والوقاية منها . وفى سبيل ذلك تقدم هذه الرعاية بالطريق المباشر أو

الطريق غير المباشر وتقوم بإداء رسالتها بالتعاون والتنسيق مع وحدات

وزارة الصحة وتؤول إليها الوحدات التى كانت تقدم العلاج للأفراد الذين

يطبق عليهم نظام التأمين الصحى ، ايا كانت تبعية هذه الوحدات .

- يضم فى مجلس ادارات الهيئة والفروع : ممثلو العمال المؤمن

عليهم وممثلو ارباب الأعمال من القطاع العام والخاص وممثلو الأطباء

الذين يقدمون الرعاية الطبية للمؤمن عليهم ، مع عدد من خبراء التأمين

الصحى الاجتماعى .

وأن ينشأ مجلس للتأمين الصحى يتولى :

- رسم سياسة التطبيق والتوسع .

- التنسيق بين جميع الجهات المعنية بتطبيق التأمين الصحى ، بما

يحقق الاهداف والبرامج .

- وضع السياسة التى تتبع بشأن فرض الرسوم على مراحل

الخدمة .

- تحديد مستوى الخدمة فى مراحلها المختلفة ، ووضع معدلات

الاداء .

- العمل على تنمية الوعى التأمينى وتحديد دور الجهات المختلفة فى

هذا المجال .

ومن الواضح انه كلما امتدت مظلة التأمين الصحى انحسرت النظم

العلاجية المختلفة بحيث لا يبقى فى نهاية البرنامج الا قدر بسيط من

العلاج المجانى يكفى لتقديم الرعاية الطبية لغير القادرين من غير المؤمن

عليهم .

- العمالة المنتظمة من العاملين بالقطاع العام والخاص ويبدأ

بالمنشآت التى تضم أكثر من ٥٠ عامل ثم يستمر البرنامج فى خطوات

تالية للتطبيق على المنشآت الأقل وفقا لاعداد العاملين فى الموقع

والامكانات التى يتم توفيرها فى الخطوات التالية .

- المتقاعدون من الوحدات التى يطبق عليها التأمين الصحى ، ويبدأ

بمن سبق التأمين عليهم وتقاعدوا ، ثم باقى المتقاعدين .

- أسر العاملين المؤمن عليهم .

- الذين يعملون فى نشاطهم الخاص أى الذين يعملون لدى انفسهم

واسرهم .

- العاملون فى القطاع الزراعى واسرهم .

ووفقا لهذه الاستراتيجية فان البرامج المقترحة تطبيق التأمين

الصحى بشكل متدرج على مدى عشر سنوات فى مواقع جغرافية معينة

فى مجتمعات صناعية وزراعية : حضر وريف والسبيل الى تنفيذ هذه

البرامج الطموحة هو حصر الامكانات المادية والبشرية ، والعمل على

تجميع وتنسيق الامكانات الحالية ، وخلق امكانات جديدة تتناسب مع

المستوى الفنى الذى نهدف اليه وهو أعلى مستوى من الرعاية بأقل تكلفة

ممكنة . وعلى هذا فان هيئة متخصصة لها امكانات فنية وإدارة واسعة

هى التى يمكنها ان تقوم بتنفيذ مثل هذه البرامج .

ولهذا فان هيئة التأمين الصحى - لكى تحقق برامج التأمين الصحى

- يتعين أن تكون مقوماتها على النحو التالى :

- هيئة فنية متخصصة تعمل على المستوى القومى .

- تختص هذه الهيئة بوضع البرامج التخطيطية وتعمل على رقابة

ومتابعة هذه البرامج .

- ان يتبع هذه الهيئة صندوق مستقل عن ميزانية الدولة يخضع

لمجلس ادارة الهيئة لتحقيق ميزانية برامج للوصول الى اهداف معينة .

- ويكون هذا الصندوق مركزيا ، لتحقيق تضامن اجتماعى بين فروع

تعمل على مستوى الجمهورية ، ويتبع بأسلوب اقتصادى بحيث يحقق

التي تخصم من راتب المؤمن عليه ، وما يقابلها مما يحصل من رب العمل لصالح المؤمن عليه وأسرته .

والاتجاه الآن في معظم نظم التأمين الصحي هو الاعتماد في تمويل النظام على الضرائب وهي نظرة اوسع لتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي ، وذلك بتخصيص ضريبة على دخول الافراد تتصاعد مع قدراتهم المادية .

أنماط التطبيق :

هناك اسلوبان لتطبيق التأمين الصحي هما :

اولا : التطبيق المباشر : ويعنى ان تمتلك الهيئة وحدات الرعاية الطبية من عيادات ممارس عام ، وعيادات شاملة للاخصائيين ، والمستشفيات وغيرها من وحدات الرعاية الطبية ويعمل الاطباء وافراد المهن الطبية في هذه الوحدات عن طريق التعيين بمرتبات شاملة أو عن طريق التعاقد . وهذا النظام يسمح بإدارة الوحدات وفقا للمبدأ المتعارف عليه على مستوى من الرعاية – بأقل تكلفة ممكنة فالوحدات الخاضعة لإدارة الهيئة تكون تحت رقابتها وتوجيهها من حيث المستوى الفني وتكلفتها عادة اقل من الاسلوب غير المباشر .

ثانيا : التطبيق غير المباشر : ويعنى التعاقد مع الاطباء الممارسين والاختصاصيين في عياداتهم ، والتعاقد مع المستشفيات وغيرها من المراكز لتقديم الرعاية الطبية مقابل دفع نفقات العلاج ، وفقا لحساب يتفق عليه بالحالة أو بالفرد ، وهذا النظام يسمح بحرية اختيار الممارس من بين الذين يتعاقدون مع الهيئة المختصة .

وتقوم الهيئة العامة للتأمين الصحي حاليا باتباع الاسلوبين خاصة عندما امتد التأمين الصحي ليشمل فئات العاملين بالحكومة ، كما انها تتعاقد مع وزارة الصحة لعلاج المؤمن عليهم داخل مستشفياتها .

ونظرا لضخامة برامج التأمين الصحي لتحقيق الأهداف المطلوبة ولتطبيق التأمين الصحي على مراحل ، فانه لامناص من اتباع الأسلوبين المباشر وغير المباشر ، وتطوير الأسلوب غير المباشر ، بدخول مجموعات

ويبقى أيضا العلاج الخاص أي الأطباء في عياداتهم ، وبعض المستشفيات الخاصة التي يملكها الأطباء – وذلك لعلاج القادرين الذين يرغبون في التمتع برعاية طبية خاصة ، وان كان يشملهم نظام التأمين الصحي .

تمويل التأمين الصحي :

يعتمد التمويل في التأمين الصحي على اسلوبين : اسلوب المساهمات ، واسلوب الضرائب ، مباشرة كانت او غير مباشرة ولكل نظام مميزاته ومضاره ، وفي مصر – كما في معظم نظام التأمين الصحي في الدول الغربية – يعتمد النظام على اسلوب المساهمات ، وهو مساهمة العامل المؤمن عليه ، ومساهمة رب العمل ، ومساهمة الحكومة . ومساهمة العامل – بالإضافة الى زيادة التمويل وتحقيق مبدأ التضامن الاجتماعي – تنمى فيه الشعور بالانتماء للنظام والمسئولية تجاهه ، وتجعله صاحب حق .

وتمثل مساهمة رب العمل في حقيقة الأمر قسطا للتأمين يدفعه رب العمل نيابة عن العامل نفسه . ورب العمل بالنسبة للعاملين في الحكومة هو الحكومة نفسها .

اما مساهمة الحكومة وهي العنصر الثالث في المساهمات فهي مبالغ تخصص من الحكومة لدعم صندوق الهيئة القائمة على التنفيذ وزيادة قدرتها على تحقيق برامج التأمين الصحي .

وتقوم الحكومة عادة بسد العجز اذا ما زادت مصروفات التأمين الصحي عن موارده ، لتحقيق التوازن المالي ، وخصوصا عندما يمتد التطبيق ليشمل فئات ضعيفة من حيث مستوى دخولها ، او مستوى الرعاية الطبية ، مثل المتقاعدين او العاملين في الزراعة او الجهات التي كانت محرومة اصلا من الرعاية الطبية .

واذا كان نظام التمويل الحالي يقضى بتفاوت النسب التي تحصل لصالح التأمين الصحي فانه – تحقيقا للعدالة الاجتماعية وتوزيع الاعباء وفقا للمقدرة المادية للمواطنين – يقتضى الأمر توحيد النسبة المئوية

وفى عواصم المحافظات والمراكز ، يتعين تعزيز امكانيات الرعاية الطبية للمؤمن عليهم بإنشاء وتجهيز العيادات الشاملة والمستشفيات .

وفى المناطق النائية يستلزم تنظيم وسائل الاسعاف من سيارات مجهزة وطائرات هليكوبتر .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ومادار فى المجلس من مناقشات يوصى بالآتى :

* نظرا لأن التأمين الصحى هو أحد فروع التأمينات الاجتماعية لذلك يراعى التنسيق والتكامل بين استراتيجية التأمينات الاجتماعية وبين المبادئ المقترحة لاستراتيجية التأمين الصحى .

* ان يغطى التأمين الصحى جموع المواطنين وفقا لأولويات محددة وطبقا لبرنامج زمنى محدد .

* انشاء مجلس للتأمين الصحى برئاسة وزير الصحة يتولى المسئوليات المشار اليها فى التقرير على ألا يحول ذلك دون انشاء مجلس أعلى للتأمينات الاجتماعية للتنسيق على المستوى القومى بين كافة الأجهزة المسند اليها تقديم الخدمات التأمينية .

* ان يكون للهيئة العامة للتأمين الصحى صندوق مستقل يدار وفق الاسلوب الاقتصادى .

* تطوير تشكيل مجالس ادارة الهيئة العامة للتأمين الصحى وفروعها ومناطقها ووحداتها ، لتسمح بتمثيل المؤمن عليهم ، وارباب الاعمال فى القطاعين العام والخاص والأطباء ، والخبرات التى يرى ضمها لهذه المجالس .

* استحداث انماط جديدة للتطبيق ، بحيث يعهد الى مؤسسات طبية أو جمعيات طبية تأمينية أمر تطبيق التأمين الصحى فى موقع جغرافى معين ، أو تطبيق بعض أو كل عناصر الرعاية الطبية التأمينية . وتكون الهيئة العامة للتأمين الصحى مسئولة عن الرقابة والمتابعة وتقييم الأداء وفق معايير فنية ومالية وإدارية تضعها لهذا الغرض .

من الأطباء ممارسين وإخصائيين على هيئة جمعيات أو مؤسسات فنية قادرة على تطبيق التأمين الصحى ، عن طريق التعاقد مع الهيئة فى مواقع جغرافية معينة ويمكن للهيئة ان تساهم فى رأس مال هذه المؤسسات أو تقرضها من أموالها لإنشاء وإدارة وحداتها .

وهذا النظام قد يسمح باجذاب رؤوس الأموال الخاصة ، واستثمار الهيئة فى خطط وبرامج التأمين الصحى . وفى هذه الحالة يمكن وضع تشريع يسمح بقيام هذه المؤسسات الخاصة التى لا تهدف الى الاستغلال بل الى تقديم مستوى عال من الرعاية الطبية والحد من تصاعد فقات الرعاية الطبية ، وخاصة الدواء .

القطاع الزراعى :

تطبيق التأمين الصحى على القطاع الزراعى :

نظرا لعدم استقرار القوى البشرية العاملة فى هذا القطاع ، وصعوبة توفير الأموال والامكانيات اللازمة لتطبيق التأمين الصحى عليهم فإنه يمكن تأجيل امتداد التأمين الصحى داخل هذا القطاع الى آخر اولويات التطبيق .

وفى هذا القطاع ، سوف تلجأ الهيئة الى التعاقد مع وزارة الصحة للاستفادة من وحداتها المنتشرة على امتداد ريف مصر ، ومن شأن هذا التعاقد تيسير التطبيق وتوفير عناصر الرعاية الطبية على مستوى الممارس والاختصاصى والمستشفى .

ونظرا لبعده المسافات بين وحدات الممارس العام والمستشفى والاختصاصى ، فإنه يقترح تنظيم اقامة الممارس العام فى الوحدات الريفية والمجموعات الصحية ليكون على مستوى ممارس عام متخصص فى أحد الفروع الطبية حتى تكون المجموعة متكاملة ولا تلجأ للتحويل الى المستشفى المركزى أو العيادات التخصصية الا عند اللزوم .

كما انه لامتناس من صرف الأدوية بالطريق المباشر ، وذلك بتعزيز هذه الوحدات بالصيادلة وتكوين احتياطي كاف من الدواء لخدمة المؤمن عليهم .

ملاحق

١- احصائيات :

| | |
|--|------------------|
| العمالة المنتظمة (أ) تأمين ضد اصابة العمل | ٤.٠٦٩.٥٩٠ |
| ينتفع بالعلاج الطبى وفقا للقانون ٧٩ منهم | ١.٠٨٠.٥٨٦ |
| ب) العاملين بالقطاع الحكومى | ٢.٠١٤.٦٠٠ |
| ينتفع منهم بالتأمين ضد المرض وفقا للقانون ٣٢ | ٥٨٧.٥١٧ |
| ووفقا للقانون ٧٩ | ١٦٢.٢٤٩ |
| أى أن العمالة المنتظمة تقدر الآن بحوالى | ٦.٠٨٤.١٩٠ |
| العمالة المنتظمة فى القطاع الحكومى والعام | ٤.٢ مليون |
| العمالة المنتظمة فى القطاع الحكومى والعام واسرهم | ٢١.٨٤٠.٠٠٠ مليون |

٢ - بعض مستويات الرعاية الطبية :

خدمة الممارس العام :

ممارس عام لعدد من المؤمن عليه لايجاوز ٢٠٠٠
يساعد كل ممارس عام بمرضعة وعامل كما يعين لكل ثلاثة اطباء
عامل لاعمال التسجيل والاعمال الكتابية والسجلات تخصص عيادة
مجمعة للممارسين لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه وسط التجمع التأمينى .
خدمة الاخصائى خارج المستشفيات :

تخدم العيادة الشاملة مجموعة من المؤمن عليهم تتراوح بين
١٠.٠٠٠ ، ٤٠.٠٠٠ يقدم الاخصائيون الرعاية الطبية فى
تخصصاتهم لعدد من المؤمن عليهم فى الحدود التالية :

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| اخصائى أسنان | لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه |
| اخصائى نساء وولادة | لكل ١٠.٠٠٠ مؤمن عليه |
| اخصائى باطنية - عيون - عصبية ونفسية | لكل ١٥.٠٠٠ |
| اخصائى جراحة عامة - اخصائى جراحة عظام | لكل ٢٠.٠٠٠ |
| اخصائى انف واذن وحنجرة | لكل ٣٠.٠٠٠ |
| اخصائى صدرية - اخصائى مسالك بولية | لكل ٤٠.٠٠٠ |
| ويعمل كل اخصائى ست فترات اسبوعية . | |

خدمة المستشفيات :

يخصص ٢ اسرة لكل ١٠٠٠ مؤمن عليه .

الاخصائيون - رئيس قسم - أخصائى - اخصائى مساعد - واحد
لكل ١٠ اسرة حيث مقيم لكل قسم ١ ، ٤٠ سرير أيهما اقل .
لا تقل نسبة اعضاء التمريض الى عدد الاسرة عن ممرضة لكل ٤
اسرة .

فنى معمل لكل ٥٠ سرير .

فنى اشعة لكل ١٠٠ سرير .

اخصائى اجتماعى وعلاقات عامة لكل ١٠٠ سرير .

اخصائية تغذية لكل ١٠٠ سرير ومساعدة لكل ٥٠ سرير .

معاون خدمة واحد لكل ثلاثة اسرة .

تزود معامل المستشفى والعيادة الشاملة واقسام الاشعة باحدث
اجهزة التشخيص والعلاج كما تزود الاقسام الداخلية لكل وسائل العلاج
التكنولوجية وخاصة المستشفيات المتخصصة .

٣- معدل الانفاق الصحى : (ختامى ١٩٧٨) :

مليم جنيه مليم جنيه

- الانفاق الصحى للفرد ٩.٥٨٤ (منها ٣.٥٤٨ بواء)

- الانفاق الصحى الحكومى للفرد ٤.٤٠٠ (منها ٠.٥٧٠ بواء)

- الانفاق الصحى الخاص للفرد ٥.١٨٤ (منها ٢.٩٧٨ بواء)

- الانفاق الصحى الحضرى للفرد ٢٠.٥٠٨

- الانفاق الصحى الريفى للفرد ٠.٩٩١

- الانفاق الرقائى للفرد ١.٤٨٠

- الانفاق العلاجى للفرد ٨.١٠٧

- نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى :

٣٨٢.٣١٨.١٣٨ = ٤.٩٤ %

٧.١٣٩.٣٠٠.٠٠٠

- نسبة الانفاق الصحى الحكومى الى الانفاق العام الحكومى :

١٧٥.٦٢٥.٩٤٠

_____ = ١.٩٢ %

٩.١٤٥.٠٠٠.٠٠٠ مليم جنيه

- الانفاق الدوائى الحكومى للفرد = ٠.٥٧٠

- الانفاق الدوائى للفرد = ٣.٥٤٨

بالعلاج قد لا يؤدي العمل الطبي دوره بشكل كامل ، بل لا يستطيع الوصول الى هدفه وهو شفاء المريض .. ولذلك ينظر الآن للمؤسسة الطبية على انها دار للعلاج التكاملى للفرد باعتبار ان المريض انسان له امراضه الجسمية ومشاكله النفسية وعلاقاته الاجتماعية ، وهذه كلها لا يمكن فصلها عن بعضها لأنها تتفاعل وتؤدي بالفرد الى الحالة المرضية التى تلحق به ، ومن ثم أصبح ينظر الى الانسان نظرة شاملة حين نتناوله بالعلاج باعتباره جسما ونفسا وعلاقات اجتماعية .

وقد ساهم الطب النفسى فى تعميق هذا الاتجاه فظهرت الحاجة الى الاستعانة بالاساليب الرعاية الاجتماعية الطبية التى تهدف بصفة عامة الى :

معاونة المريض على الاستفادة من وسائل العلاج المتاحة ومحاولة تعديل ظروفه الاجتماعية بما يعاون على اتمام شفاؤه .

تبين العلاقة بين المرض والظروف البيئية والاجتماعية والنفسية .
تزويد الطبيب المعالج بمعلومات مفصلة عن بيئة المريض وحالته النفسية والاجتماعية ليكون امامه وقت تشخيص الحالة او رسم خطة العلاج .

وقد بدأت الرعاية الاجتماعية الطبية تأخذ دورها فى مستشفيات وزارة الصحة منذ عام ١٩٤٨ ، ومن الانصاف ان نذكر ان جهودا تطوعية جادة سبقت هذه المرحلة من المستشفيات والجمعيات والمؤسسات الاهلية وخاصة فى مجال الامراض الصدرية .

ثم امتدت خدمات الاخصائى الاجتماعى الى مستشفيات ودور الصحة النفسية ، ثم شملت بعد ذلك تدريجيا المستشفيات العامة ومراكز رعاية الطفولة والامومة وغيرها من وحدات الوزارة .

وكانت الرعاية الاجتماعية قد بدأت بصفة رسمية فى ذلك التاريخ باخصائى واحد ، ثم اتخذت إعداد الاخصائين الاجتماعيين تتزايد فى وزارة الصحة ، حتى وصل عددهم الآن إلى مايربو على الالف وأصبح للاخصائى الاجتماعى دور فى جهاز المستشفى ، ولا شك ان الاستخدام

٤- الوضع القائم حاليا للمساهمات :

١ ٪ من المؤمن عليه
٣ ٪ من رب العمل
بالنسبة للقانون ٧٩

٥ ٪ من المؤمن
٥ ٪ من رب العمل (الحكومة)
بالنسبة للقانون ٣٢
الوضع المقترح كحد أدنى للمساهمات

ان يكون اشتراك العامل المؤمن عليه عن نفسه ١ ٪
ان يكون اشتراك رب العمل ٣ ٪
ان يكون اشتراك رب العمل ١ ٪ التأمين ضد علاج الإصابة والمرضى المهني .

ان يكون اشتراك العامل عن الأسرة ١٠ ٪ عن كل فرد من افراد الأسرة من بينهم الزوجة وثلاثة اولاد وما زاد عن الابن الثالث يدفع ١ ٪ عن كل ابن .

يدفع العامل بالتضامن مع نقابته هذا الاشتراك .

ان يكون اشتراك رب العمل عن الأسرة ١ ٪ .

ويكون تحصيل نصيب العامل ورب العمل عن طريق رب العمل نفسه .

الرعاية الطبية الاجتماعية

حتى عام ٢٠٠٠

ترتبط العوامل الاجتماعية للفرد ارتباطا وثيقا بما يصيب الجسم من امراض ، بل قد تكون سببا له وبدون تناول هذه العوامل الاجتماعية

الواعى لجهد الاخصائى الاجتماعى بالمستشفى يعود بالنفع الكبير على حالة نزلائه من المرضى .

المستشفى او الوحدة الطبية كمؤسسة اجتماعية :

بدأت المستشفى او الوحدة الطبية تأخذ شكلها الاجتماعى المكتمل كتنظيم اجتماعى يقوم على خدمة المجتمع ويلبى احتياجاته فى اوائل القرن العشرين ، وقد ساعد على قيام الوحدة الطبية بهذا الدور المتطور برامج الصحة العامة ، خاصة ما يتعلق بتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية للمرضى المترددين عليها ، وضرورة التشخيص المبكر للمرض .

واذا كانت الوحدة الطبية تقدم الخدمة الطبية للمرضى ، فان ذلك لا يبعدها عن دورها الاساسى كاداة لتقديم الرعاية الصحية للمجتمع المحلى الذى تقع فيه ، فالوحدة الطبية جزء حيوى هام يعمل فى اطار السياسة الصحية للدولة ، ويمتد نشاطه ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص وعلاج وتأهيل وتعليم طبى وبحث علمى وبهذا المفهوم تعتبر الوحدة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى توجد فيه . ومن جانب آخر فان للوحدة الطبية حقوقا قبل المجتمع المحلى الذى تقع فيه ، اهمها حق المساندة والدعم بالرأى والكلمة والعمل ، ولا يتأتى ذلك الا اذا تفهم المجتمع دور الوحدة الطبية وتفهمت الوحدة الطبية احتياجات المجتمع وقامت على تحقيقها ، ويحتاج ذلك الى جهد متواصل من التوعية ورفع مستوى الخدمة ، يقوم به ويتكاتف على تنفيذه جميع العاملين بالوحدة .

وتأكيدا لأهمية دور الوحدة الطبية وتفاعلها مع المجتمع المحلى الذى تقع فيه ، يصبح من الضرورى أن يكون من بين اعضائها من هو قادر علميا وعمليا على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفرادها وقياداته وعلى إمكاناته ، كما يكون لديه الوسائل التى تمكنه من التعرف على مشاكل واحتياجات هذا المجتمع خاصة الصحية منها ، وواضح ان الاخصائى الاجتماعى بالوحدة الطبية بحكم اعداده وخبراته وتدريبه

أقدر الافراد على القيام بهذا الدور ، فضلا عن مهمته الرئيسية داخل الوحدة فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مراحل علاجهم ورعايتهم .

نظرة مستقبلية للخدمة الاجتماعية الطبية :

شهد العقدان الاخيران تغيرا واضحا فى مختلف مجالات الخدمة الاجتماعية بما فيها الخدمة الاجتماعية الطبية ، فبعد أن كان الالتمام ينصب اساسا على الفرد ، تحول الالتمام الى الأسرة ، فالجماعة ، ثم انتقل بعد ذلك الى المجتمع ككل .

وقد اقتصر مجال ممارسات الخدمة الاجتماعية الطبية فى بداية نشأتها على الأقسام الداخلية للمستشفيات ، ومرضى العيادات الخارجية الحكومية ، مما ألقى على ممارس الخدمة الاجتماعية الطبية مسئولية انتماء مزدوج ، فهو ينتمى الى المستشفى او الوحدة الطبية التى يعمل بها وعليه الاسهام فى تحقيق أهدافها وأداء وظيفتها ، وينتمى ايضا لمهنة الخدمة الاجتماعية التى تعتبر بالنسبة للمستشفى مهنة مساعدة ، ومن ثم فان عليه ان يوضح دائما أهدافها سواء للمستفيد من جهوده او للمشاركة له فى بذل الجهد .

واتسع مجال الخدمة الاجتماعية الطبية تدريجيا حتى شمل فئات المرضى بامراض ذات طابع متميز مثل مرضى الدرن والسرطان والعظام ومرضى العقول ، ثم اتسع المجال بدرجة أكبر فشمل الهيئات التطوعية والاقسام الطبية فى هيئات الرعاية الاجتماعية ، ومختلف الهيئات التأهيلية ووحدات التأمين الصحى والصحة المهنية .

وأخذ التغير يتطرق الى كل جوانب عمل الاخصائى الاجتماعى الطبى ، فقد أثبتت الممارسة أهمية فهم كافة أبعاد الموقف الاجتماعى والظروف النفسية للمريض باعتبارها عوامل مؤثرة بدرجات مختلفة فى الحالة ، واقتضى ذلك بالتالى ان يعمل الاخصائى الاجتماعى ضمن فريق قد يضم فى كثير من الأحيان الى جانب الطبيب والممرضة الاخصائى النفسى واخصائى التغذية والتأهيل والعلاج الطبيعى وغيرهم

ممن يحتاج الى جهودهم سواء فى التشخيص او العلاج .

وتبين أيضا ان خطط العلاج لم تعد تقتصر على امكانات المستشفى او الوحدة الطبية وانما ظهرت الحاجة الى استغلال موارد مختلفة من المجتمع ، ولذلك أصبح ضمن مسئوليات الاخصائى الاجتماعى الطبى محاولة ايجاد صلات بين موارد البيئة من ناحية والهيئة الطبية التى يعمل بها من ناحية أخرى .

وتعرضت مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية الى مزيد من التغير فى ظل جهود التنمية التى شهدتها مصر ، ورغم تضائل التأكيد على عامل واحد كمحدد للتخلف أو التنمية فقد ظلت مستويات الصحة العامة على رأس قائمة المؤشرات المحددة لذلك واعتبرت برامجها من المنطلقات الاساسية نحو تحقيق حياة أفضل للمجتمع .

واذا كانت جهود التنمية موجهة نحو زيادة الانتاج والدخل القومى فإن العنصر البشرى يظل وسيلة وقاية لكافة الجهود التنموية ، وهذا يؤكد اهمية صيانة وتنمية الموارد البشرية من خلال مختلف الجهود التى من اهمها الجهود الصحية والطبية بما تتضمنه من جهود الخدمة الاجتماعية الطبية .

وبتأكيد هذه الفكرة ظهرت فكرة الخدمة الاجتماعية الوقائية ، وتحددت ثلاثة مستويات للعمل الوقائى على النحو التالى :

- المستوى الأول : يتضمن كل الانشطة ومحاولات التدخل لمنع حدوث المرض من خلال الجهود الرامية لرفع مستوى الصحة العامة ، ومحاولات حمايتها من كل ما يهددها من مخاطر ولا شك أن هذا المستوى يتطلب ان تتضافر جهود تخصصات متعددة ، من بينها الخدمة الاجتماعية وليس من الضرورى أن يكون العاملون فى هذا المستوى من العاملين بالمستشفيات والوحدات الصحية والطبية ، وانما يمكن أن يكون الجهد حصيلة تعاون الاخصائين الاجتماعيين مع غيرهم من التخصصات العاملة فى هذا المجال بالإضافة الى جهود الامالى وذلك طبقا لخطه عمل متكاملة واعية بالأهداف الوقائية .

١٢٢

وتتمثل الوقائية الأولية فى الانشطة الموجهة نحو تأمين مستوى مناسب من الدخل والاسكان المناسب والتعليم والتدريب والإرشاد الاسرى ، وكل ما من شأنه وضع أساس قوى لتفادى حدوث المرض ولعل هذا المستوى هو الذى يمكن أن يعتبر مستوى وقائيا خالصا .

- أما المستوى الثانى : فيتضمن جهود الاكتشاف المبكر والعلاج من أجل تحقيق الشفاء الكامل او السيطرة التامة على المرض ، ومجال ممارسة انشطة هذا المستوى يمكن ان يكون فى المناطق السكنية ، والمدارس ، والمصانع وغيرها حيث يمكن اكتشاف المشكلات مبكرا والتدخل فى وقت يسمح بالسيطرة على المشكلة قبل أن تتفاقم .وتعتبر مجالات الارشاد وخدمات الطوارئ كلها امكانات اسهام هامة فى الجهود على هذا المستوى .

- كما يتضمن المستوى الثالث : الانشطة الموجهة نحو التخفيف من حدة المرض بالتخفيف من صور العجز والتقليل من الحاجة للآخرين نتيجة الاصابة بالمرض او العجز ، وهذه الممارسة مألوفة للخدمة الاجتماعية الطبية منذ نشأتها وستظل بذرة اهتمام الاخصائى الاجتماعى الطبى الذى يقدم خدمات علاجية وتأهيلية فى مختلف مجالات العمل الطبى والصحى .

النمط التنموى للخدمة الاجتماعية الطبية :

على ضوء ما تقدم ، يصبح على الاخصائى الاجتماعى أن يبحث عن المرضى والمعرضين للمرض ممن يمكن توجيه خدمات وقائية وعلاجية لهم ، ولا يتناقض هذا مع حق الفرد فى تقرير مصيره ومشاركته فى وضع خطة العلاج وتنفيذها ، وانما يتمثل الجهد المبذول للاخصائى الاجتماعى الطبى فى التعرف على المحتاجين لجهوده والوصول اليهم . مستخدما كل او بعض الاساليب المهنية فى تعامله مع هذه الفئات . وتعامل الاخصائى الاجتماعى الطبى مع المجتمع المحلى - قياداته وافراده وجماعاته - يمكن ان يتم من خلال الجهود الارشادية المناسبة للهيئات الاجتماعية والتنسيق بين جهود مختلف الهيئات وغير ذلك .

وانطلاقاً من المنظور الأوسع للخدمة الاجتماعية الطبية يمكن القول بأن المواقف التي تتعامل معها أصبحت شديدة التعقيد متعددة الجوانب الأمر الذي يترتب عليه تزايد حاجة الاختصاصي الاجتماعي الطبي الى معارف تتعلق بموضوعات كثيرة ومتباينة ، عن الفرد والأسرة والعلاقات البيئية كما تقتضى نشأة برامج جديدة ، لا سيما وقد تزايد حجم المجموعات التي يتعامل معها الاختصاصي الاجتماعي ، كما فى مجالات الارشاد وفى حالات تطبيق نظام التأمين الصحى جزئيا أو كليا .

إعداد الاختصاصي الاجتماعي الطبي :

هذه الصورة تجعل اعداد الاختصاصي الاجتماعي الطبي أمرا يحتاج مزيدا من الاهتمام وإعادة النظر ، وهذا يلقي مسئولية على كليات ومعاهد الاختصاصيين الاجتماعيين من جانب والأجهزة المعنية لممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية فى وزارة الصحة والتأمين الصحى ومختلف وزارات الخدمات التي تتضمن مجالات للممارسة من جانب آخر ، ويدخل فى هذه المسئولية مراجعة البرامج الدراسية وإعداد دورات تدريبية للعاملين فى مختلف مراحل عملهم الى جانب الاهتمام بلقاءات العاملين فى مؤتمرات وحلقات دراسية والاهتمام باطلاعهم على أنماط الممارسة فى مجتمعات مشابهة وأخرى أكثر تقدما فى هذا المجال .

وبقدر حاجة الاختصاصي الاجتماعي لمزيد من التعليم والتدريب ، فقد ظهرت الحاجة لأن يكون له دور تعليمى بالنسبة للفئات الأخرى المتعاملة مع المرضى ، فاصبحت الخدمة الاجتماعية احد المناهج الدراسية التي تدرس فى كليات العلاج الطبيعى ومدارس التمريض وفى الولايات المتحدة الأمريكية اعترف بهذا الدور فى كليات الطب ايضا ، اما فى مصر فقد وجدت علوم النفس والاجتماع ، فى بعض الأحيان ، منفذا ضيقا الى كليات الطب و الصيدلة ، ولاشك ان الطبيب فى حاجة الى التعرف على اساسيات الخدمة الاجتماعية لتزداد قدراته على افادة مرضاه ، ولتحقيق زيادة فاعلية المشاركة فى عمل الفريق خاصة على مختلف مستويات العمل الوقائى .

الموقف الحالى لجهاز الخدمة الاجتماعية الطبية بقطاع الصحة :

١ - يبلغ عدد الاختصاصيين الاجتماعيين بوزارة الصحة ومديريتها الآن ٧٩٢ اختصاصيا اجتماعيا من خريجي الجامعات (اقسام الاجتماع) وكليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية ، ٢٥١ مساعد اختصاصي اجتماعي من خريجي المعاهد الاجتماعية فوق المتوسطة ويدخل ضمن هذا العدد المعاون والذين فى اجازات خاصة موزعين على ادارات الوزارة ومعاهدها ومديرياتها بالمحافظات .

٢ - يبلغ عدد أسرة الوزارة ٢٠٢٤٣ سريريا بالمستشفيات العامة والمركزية ، ٢٨٠٢٢ سرير بالمستشفيات النوعية كما يبلغ عدد باقى الوحدات الأخرى التي تحتاج الى خدمة اجتماعية ٤٧٥٩ وحدة .

٣ - طبقا للمقررات الوظيفية المتعارف عليها وهى :

أ - اختصاصي اجتماعي لكل ١٠٠ سرير بالمستشفيات العامة والمركزية .

ب - اختصاصي اجتماعي لكل ٥٠ سرير بالمستشفيات النوعية .

ج - اختصاصي اجتماعي لكل وحدة ليس بها أسرة .

تصبح نسبة التغطية للعمل الاجتماعي بوحدات الوزارة حوالى ١٨٪ فقط .

٤ - يبلغ عدد الاختصاصيين الاجتماعيين بالهيئة العامة للتأمين الصحى ووحداتها ٨٥ اختصاصيا اجتماعيا .

٥ - تبلغ عدد أسرة التأمين الصحى ٢٩٨١ سرير كما يبلغ عدد ووحداته الأخرى ١٢ وحدة .

٦ - تبلغ نسبة التغطية للخدمات الاجتماعية بوحدات التأمين الصحى حوالى ٥٤ ٪ .

من ذلك يتبين أن قطاع الصحة فى حاجة الى مايقرب من ١٠٠٠ اختصاصي اجتماعي سنويا ولدة ٥ سنوات ليغطي العمل الاجتماعي وحدات قطاع الصحة طبقا لمعدلات الاداء السابقة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وما دار في المجلس من مناقشات يوصى بالآتي :

* اعطاء أهمية خاصة لدور الخدمة الاجتماعية الطبية في الجهود الوقائية وتخطيط البرامج الصحية وحالات الطوارئ الطبية مثل حالات انتشار الاوبئة .

* ضرورة تمثيل القواعد الجماهيرية من المستفيدين في مجالس الهيئات الطبية الصحية بهدف تحسين وسائل الاتصال بين مقدم الخدمة الطبية وبين مستقبلها من المرضى ، بما يساعد على نشر الوعي الصحي ، والتعرف على الاجراءات والتخلص من الصعوبات والمعوقات ، والعمل على رفع مستوى أداء الخدمات الطبية .

* تشجيع الجهود التطوعية ، ودعم وتشجيع الجمعيات والهيئات الاهلية ذات النشاط الاجتماعي الصحي .

* تطوير برنامج التعليم بكليات الخدمة الاجتماعية وكليات الطب ، وذلك بادخال بعض الدراسات والعلوم الطبية بكليات الخدمة الاجتماعية وتطعيم الدراسات الطبية بقدر مناسب من العلوم الاجتماعية والنفسية .

* توفير الاعداد اللازمة من الاختصاصيين الاجتماعيين عن طريق التوسع في القبول بكليات الخدمة الاجتماعية أو إنشاء كليات جديدة .

* النظر في أن يخول وزير الصحة سلطة تكليف الاختصاصيين الاجتماعيين لفترة محددة تكفي لاستكمال الجهاز الاجتماعي بوزارة الصحة .

* الاهتمام بتدريب الاختصاصيين الاجتماعيين واعداد برامج التدريب المتقدمة لهم واتاحة الفرص امامهم للاطلاع على النظم الحديثة للخدمة الاجتماعية الطبية في النول المتقدمة .

* مراعاة توفير احتياجات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل الوحدات الطبية من حيث المكان وتجهيزه بما يكفل سرية عمل الاختصاصي الاجتماعي كذلك بالتسوية للزيارات المنزلية والميدانية والنظر

١٢٤

في تقرير الحوافز المناسبة .

* مراعاة ان يكون الاختصاصي الاجتماعي الطبي عضوا أساسيا في أسرة الرعاية الطبية بموجب قرارات محددة وملزمة .

* الافادة بما تنتهي اليه البحوث الاجتماعية التي يجريها الاختصاصي الاجتماعي الطبي للمرضى لدى أجهزة وزارة الشؤون الاجتماعية ومراكز التأهيل المهني بها .

* التركيز في عمل الاختصاصي الاجتماعي الطبي في المرحلة المقبلة على مجالات الصحة الوقائية وتنمية المجتمع .

* أن يكون من واجبات الاختصاصي الاجتماعي استطلاع اتجاهات الرأي العام نحو خدمات الوحدة الطبية التي يعمل بها .

إستراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠

كان القرار الأول للثورة في قطاع الدواء ، هو ذلك القرار الذي اصدرته في عام ١٩٥٢ بتخفيض نسبة الربح التي يحصل عليها المستورد والصيدليات التي تقوم بالتوزيع الى ٤٦ ٪ وهو امر ترتب عليه تخفيض سعر البيع للجمهور بنسبة ١٥ ٪ لكل الادوية المستوردة ، ثم توالى قراراتها بعد ذلك ، وكان من اهمها :

- إنشاء مجلس الانتاج والخدمات في عام ١٩٥٣ ، وقد أوضح أن

مشكلة الدواء مرتبطة بالمشكلات الاقتصادية والصناعية والصحية والاجتماعية .

– تشكيل لجنة للتنسيق بين صناعة الدواء والصناعات والخدمات الأخرى المرتبطة بها عام ١٩٥٥ .

– انشاء لجنة للنهوض بصناعة الأدوية عام ١٩٥٦ .

– انشاء الهيئة العليا للأدوية عام ١٩٥٧ .

– قصر استيراد الأدوية على الهيئة العليا للأدوية ، واشراف الدولة على توزيعها عام ١٩٦٠ .

– تخفيض أسعار بيع الأدوية المستوردة وألبان الأطفال بمقدار ٢٥٪ من آخر سعر جبرى لها عام ١٩٦٠ .

– مشاركة الدولة فى رؤوس أموال مصانع الأدوية الكبرى بعد صدور القوانين الاشتراكية عام ١٩٦١ .

– انشاء المؤسسة المصرية العامة للأدوية والكيمائيات والمستلزمات الطبية عام ١٩٦٢ ، وهى تجمع كل شئون الدواء تخطيطا واستيرادا وتصنيعا وتوزيعا .

والاطار العام لسياسة الدولة فى هذا القطاع هو أن الرعاية الصحية بوجه عام وتوفير الدواء – بالكمية المناسبة والجودة المطلوبة – بوجه خاص ، حق للجميع وواجب على الحكومة تلتزم به وتعمل على تحقيقه ، من خلال صناعتها المحلية التى تعمل دائما على تطويرها وتنميتها .

المبادئ التى تلتزم بها الدولة فى قطاع الدواء :

تلتزم الدولة فى قطاع الدواء بالمبادئ الآتية :

أولا : استمرار اشراف الدولة على القطاع عن طريق الأجهزة المختصة وهى التسجيل والتخطيط والاستيراد والتسويق والتصنيع والتوزيع والرقابة على الجودة .

ثانيا : استمرار تدعيم القطاع العام فى التصنيع والاستيراد والتوزيع ، والعمل على تنميته .

ثالثا : تشجيع القطاع الخاص على المساهمة فى توفير الأدوية عن طريق التصنيع المحلى أو الاستيراد ، فى اطار خطة الدولة الشاملة .

رابعا : ضمان توفير الأدوية بوجه عام ، والأدوية الحيوية والاساسية وأدوية الأمراض المزمنة بوجه خاص ، وذلك بأسعار فى متناول الجميع .

تطور الاستهلاك الظاهرى للدواء :

تزايد الاستهلاك الظاهرى للدواء فى مصر زيادة كبيرة ومستمرة منذ قيام الثورة ، فقد كان ما يستهلك منه عام ١٩٥٢ تبلغ قيمته خمسة ملايين من الجنيهات . ومع زيادة السكان ، وزيادة الوعى والخدمات الصحية ، وارتفاع دخول المواطنين بلغ عام ٦٠ / ٦١ خمسة عشر مليونا ، وارتفع عام ١٩٧٩ الى ما يقرب من ٢١٠ ملايين من الجنيهات ، أى أن الاستهلاك العام قد زاد حوالى ٤٠ ضعفا . وقد أمكن مواجهة هذا الاستهلاك المتزايد بنجاح وبأقل عبء ممكن على كل من الميزان التجارى والنقد الأجنبى ارتكازا على الصناعة المحلية بتنميتها وتدعيمها وذلك لأن :

– ماينتج محليا يوفر عادة ثلثي النقد الأجنبى الذى يدفع فى استيراده تام الصنع .

– انتاج الدواء محليا لا يعرضه للنقص نتيجة للعوامل المختلفة التى تؤثر فى عمليات الاستيراد من توفر النقد الأجنبى وصعوبات الشحن والتفريغ فى الميناء وغير ذلك .

– بانتاج الدواء محليا يمكن توفير مساحات كبيرة فى التخزين لامكان انتاجه وتوزيعه أولا بأول حسب حاجة السوق .

– عدم تخزين الدواء المحلى لمدة طويلة يجعله أقل تعرضا للعوامل التى قد تفسده او تنقص فاعليته نتيجة مصاعب التخزين او طول مدته .

وهكذا زاد الانتاج المحلى من نصف مليون جنيه لا تمثل الا ١٠ ٪ من الاستهلاك عام ١٩٥٢ الى ٢٨ ٪ عام ٦٠ / ٦١ ، الى ٨٠ ٪ عام ١٢٥

١٩٧٩ ووصلت هذه النسبة الى ٨٨ ٪ فى بعض السنوات السابقة .

اما من ناحية متوسط الاستهلاك الفردى فقد كان ٢٢ قرشا فقط عام ١٩٥٢ ، زاد الى ٥٨ قرشا فى عام ٦٠ / ٦١ ، وارتفع الى خمسة جنيهات فى ١٩٧٩ . وهذا المتوسط أقل من أن يواجه حاجات المواطنين طبقا لظروفنا الاجتماعية والصحية وتقدر الهيئات الدولية الحد الأدنى المناسب لاستهلاك الدواء النامية بواقع ١٢ دولار أى حوالى تسعة جنيهات .

اهداف المرحلة القادمة حتى عام ٢٠٠٠

الاستهلاك الظاهري للدواء : (سعر البيع للجمهور) :

مع أخذ الظروف المحلية والدولية المختلفة فى الاعتبار ، من المتوقع أن يبلغ استهلاك مصر من الدواء والمستحضرات الطبية عام ٢٠٠٠ (على أساس متوسط الأسعار الحالية) مايلى :

| السنة | اجمالى الاستهلاك |
|-------|------------------|
| ١٩٨٥ | ٣٩٠ مليون جنيه |
| ١٩٩٠ | ٦١٠ مليون جنيه |
| ١٩٩٥ | ٨٦٠ مليون جنيه |
| ٢٠٠٠ | ١١٧٠ مليون جنيه |

المتوقع كذلك أن يصل نصيب الفرد من الدواء عام ٢٠٠٠ الى ١٨ جنيه أى حوالى ٢٧ دولار .

استيراد الدواء :

من المتوقع أن تزيد قيمة الأدوية المستوردة خلال العشرين سنة القادمة لمواجهة زيادة الطلب ، ولضمان توفير الأدوية الحديثة من الأسواق العالمية ، والأصناف التى يصعب تصنيعها كما فى الصفحة التالية :

عناصر السياسة الدوائية

مما سبق ، وعلى ضوء ما يجب أن يغطيه انتاجنا المحلى من الدواء وهو نسبة ٨٠ ٪ كالحال عام ١٩٧٩ - فى حين تغطى بعض الدول

١٢٦

كالهند واسبانيا والمكسيك أكثر من ٩٥ ٪ من احتياجاتها الدوائية بالانتاج المحلى - يلزم ان يرتفع الانتاج المحلى عام ٢٠٠٠ بحوالى ١٠٠٠ مليون جنيه . وأقصى طاقة للتوسع فى مصانعنا الحالية تصل بانتاجها الى ٤٠٠ مليون جنيه ، لذا يلزم انتاج ما قيمته ٦٠٠ مليون جنيه فى العشرين سنة القادمة بمعدل مصنع فى كل عام ، بطاقة انتاجية سنوية قدرها ثلاثون مليوناً ، علماً بأن شركة « سيد » أكبر شركات الانتاج فى مصر لم يزد انتاجها على ٢٥ مليون جنيه بعد ثلاثين عاماً من بدء تشغيلها . وهذا يوضح مدى ما يواجه صناعة الدواء المحلية حتى عام ٢٠٠٠ ، الأمر الذى يتطلب سياسة دوائية واضحة الأسس مستقرة ومستمرة ضمن خطة قومية يتم وضعها بالاشتراك مع شركات الانتاج المحلى واعتمادها من المجلس الأعلى للقطاع ، ثم تترجم هذه السياسة الى عدة أنشطة صناعية وتجارية وفنية تهدف كلها وبشكل متكامل الى توفير الدواء وسلامة توزيعه ووصوله الى كافة المواطنين ، تحت اشراف ومسئولية السلطات الصحية فى الدولة . ولوضع هذه السياسة يلزم دراسة عناصرها المكونة لها والتي من أهمها :

- اسلوب اختيار الأدوية اللازمة للخدمات الصحية :

من العوامل الهامة للاختيار :

× شيوع امراض معينة تحتم النظام توفير مجموعة من الادوية للرعاية منها وعلاجها .

× تكلفة الدواء بالنسبة لأهميته العلاجية .

× حجم النقد الأجنبى المتاح للاستيراد أو لشراء المواد الخام اللازمة للانتاج المحلى .

× الاضرار التى قد تنشأ عن تداول عدد كبير من الأدوية المتضاربة المفعول .

- تسجيل الأدوية :

على المستوى القومى يحتاج الأمر لتحديد نوعيات وأشكال الأدوية الأساسية اللازم توافرها ويحتاج ذلك الى بيانات واحصاءات سكانية

| السنة | قيمة الأدوية المستوردة |
|-------|------------------------|
| ١٩٨٥ | ٨٠ مليون جنيه |
| ١٩٩٠ | ١٢٠ مليون جنيه |
| ١٩٩٥ | ١٦٠ مليون جنيه |
| ٢٠٠٠ | ٢٢٠ مليون جنيه |

الانتاج المحلي :

من المتوقع أن تصل قيمة الانتاج المحلي من الأدوية ما يأتى :

(بالمليون جنيه سعر بيع المصنع)

| السنة | أدوية بشرية | مستحضرات طبية | المجموع |
|-------|-------------|---------------|---------|
| ١٩٨٥ | ٢٢٩ | ١٣ | ٢٤٢ |
| ١٩٩٠ | ٣٤٧ | ٣٧ | ٣٨٤ |
| ١٩٩٥ | ٤٩٠ | ٥٦ | ٥٤٦ |
| ٢٠٠٠ | ٦٦٠ | ٨٠ | ٧٤٠ |

الخامات الدوائية ومستلزمات التعبئة والتغليف :

من المتوقع أن تصل قيمة الخامات الدوائية ومستلزمات التعبئة والتغليف ما يلى :

(بالمليون جنيه)

| السنة | قيمة الكيماويات | قيمة المستلزمات | قيمة الانتاج |
|-------|-----------------|-----------------|--------------|
| ١٩٨٥ | ١٠٧ | ٤٧ | ٢٣٨ |
| ١٩٩٠ | ١٧٠ | ٧٥ | ٢٧٨ |
| ١٩٩٥ | ٢٤٥ | ١١٠ | ٥٣٨ |
| ٢٠٠٠ | ٢٣٠ | ١٤٠ | ٧٣٠ |

ما يقرب من ٣٠ مليون ، وهم فى حاجة الى حد أدنى من التغذية الإضافية بدأت الدولة بتوفيره اعتمادا على بعض معونات المنظمات الدولية .

- أغذية كبار السن والناقهين : من المتوقع ان يصل عدد المواطنين الذين يزيد عمرهم على ٦٠ عاما حوالى ٤.٥ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ ، منهم مايزيد على ١.٥ مليون أكثر من ٧٠ عاما وهم علاوة على الناقهين الأمراض فى حاجة الى أغذية خاصة غنية بالبروتين سهلة الهضم والامتصاص مقواة بالفيتامينات والأملاح .

- أغذية مرضى البول السكرى : وهؤلاء فى حاجة الى غذاء يتميز بنقص مكوناته من المواد السكرية والنشوية وتوفر المذاق المطلوب فى المربات وبدائل الحلوى . وعدد هؤلاء المرضى يرتفع مع معدل العمر وتوفير الخدمات التشخيصية والعلاجية .

- فى مجال الأدوية البيطرية : الثروة الحيوانية من أهم موارد الدخل القومى ، فهى المصدر الرئيسى للبروتين الحيوانى اللازم لغذاء المواطنين والعناية بها توفير لعنصر رئيسى من عناصر الأمن الغذائى . والعناية بها تتمثل فى تحسين أنواعها واعداد الاعلاف لها ومقاومة وعلاج أمراضها ويتم توفير الأدوية البيطرية عن طريق الاستيراد ، كما يتم انتاج بعض الاصناف محليا فى شركات فايزر وميفيس . وقد تم انشاء شركة جديدة مشتركة بين شركتى القاهرة والنصر واحدى الشركات الألمانية .

- فى مجال الخامات الدوائية : من الخامات الدوائية : - الكيماويات الدوائية والمضادات الحيوية : بلغ الانتاج المحلى من الكيماويات الدوائية ٦ مليون جنيه وهو ما يعادل ١٠ ٪ من الاحتياجات بالرغم من مضى ١٥ سنة على بدء انتاجها فى شركة النصر .

- الكيماويات فى القطاعات الصناعية الأخرى : يقوم عدد من الشركات الصناعية بانتاج عدد كبير من الكيماويات التى تصلح لصناعة الدواء ، اما مباشرة أو بعد تنقيتها الا أن هناك ثغرة فى الاتصال بالقطاعات المنتجة للدواء .

وبوائية ومعرفة درجة انتشار الأمراض وجغرافيتها ثم تدرج تلك الأدوية فى الدليل القومى للأدوية لتكون فى متناول القائمين على الخدمات الصحية وحصر احتياجات البلاد منها من خلال لجان علمية متخصصة .والعبرة ليست بكثرة الأدوية المسجلة وانما بتوفر كل النوعيات اللازمة للرعاية والعلاج ، فالدول الاسكندنافية مثلا يتداول فيها منذ مدة طويلة أقل من ألفى دواء .

- الانتاج المحلى :

فى مجال صناعة الدواء والمستلزمات الطبية ومستلزمات التجميل الطبية :

- اكتسبت مصر خبرة كبيرة فى هذا الميدان الذى نشأ متواضعا فى أواخر الثلاثينات ، ثم خطا بدفعة قوية ، بل وفى حماية اقتصادية منذ أوائل الستينات . وكان من نتيجة ذلك توفير أكثر من ٨٨ ٪ من الاحتياجات الدوائية عام ٧٢/٧٣ وذلك باستيراد المواد الخام وتحضير كافة الأشكال الصيدلانية منها ، ثم نجحت صناعة الدواء فى محاولات تحضير المواد الخام ، وانتاج مواد التعبئة والتغليف ، علاوة على أن الانتاج المحلى من الأمصال واللقاحات يزداد كما ونوعا عاما بعد عام .

فى مجال أغذية الأطفال والألبان والأغذية الخاصة :

- اغذية وألبان الأطفال : يعانى ٤٠ ٪ من الرضع والأطفال نقص التغذية والبروتين وينعكس هذا عليهم ضعفا عاما ويطئا فى النمو ونقصا فى درجة الذكاء ، ونظرا لازدياد التعاملات ونقص عدد الممرضات ، زاد عدد الاطفال الذين يتم تغذيتهم صناعيا ويتوقع أن يكون عدد الاطفال أقل من خمس سنوات عام ٢٠٠٠ حوالى ٨ مليون طفل يحتاجون الى هذه الأغذية والألبان . وتقوم الدولة الآن باستيراد ألبان الأطفال ، ومن المنتظر أن يصل الاستهلاك عام ٢٠٠٠ أكثر من ٣٠ مليون جنيه ، كما تقوم بانتاج غذاء السوبرامين حاليا بطاقة ٢.٥ مليون عبوة .

- تغذية الأطفال فى سن المدرسة : من المتوقع أن يصل عدد من هم فى سن المدرسة (بين خمس سنوات وأقل من ١٥ سنة) عام ٢٠٠٠

النباتات الطبية والعطرية : وهى ثروة قومية من الناحية العلاجية والاقتصادية . وقد كانت - هناك بداية ناجحة لاستخلاص العناصر الفعالة منها ، ظهرت نتائجها منذ أكثر من ربع قرن .

- الخامات الدوائية من أصل حيوانى : تنتج شركاتنا بعض الخامات الدوائية من أصل حيوانى ، مثل : خلاصة الكبد وبعض الخلاصات الحيوية الأخرى من مخلفات الحيوان .

- الكيماويات المعملية : وتستهلك البلاد منها ما يقدر بأكثر من ٢٠ مليون جنيه تستورد أغلبها من الخارج لمعامل التحليل والتشخيص بالمدارس والجامعات .

* صناعة الآلات وقطع الغيار والآلات المعملية : من المتوقع انشاء مصانع جديدة لانتاج الأدوية المحلية ، الأمر الذى يحتاج لشركات وورش جديدة تقوم بصناعة قطع الغيار والمعدات البسيطة .

* انتاج مواد التعبئة والتغليف : تتميز هذه المواد بمواصفات لا تتعارض مع طبيعة الدواء الذى تحتويه ، كما تساعد على حفظه وثبات مكوناته وتغطى الصناعة المحلية صناعة العبوات البلاستيك ونسبة كبيرة من زجاج السوائل والانابيب والمراهم كما يتم تشكيل الانابيب المستوردة لصناعة الأمبولات ومن المتوقع ان يتم تغطية كافة الاحتياجات منها قبل ١٩٨٥ وأن يزيد الطلب عليها خلال الفترة القادمة حتى عام ٢٠٠٠ .

* فى مجال الطعوم والأمصال : تعتبر الطعوم والأمصال أساس الطب الوقائى ، وتقوم الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات بانتاج عدد كبير منها محليا بكميات تغطى حاجة البلاد ويتم تصدير الفائض منها . وتهدف الهيئة الى التوسع فى انتاج الطعم الثنائى والثلاثى والى انتاج مصل شلل الاطفال والطعم الرباعى . ومن المقدّر أن تصل قيمة الانتاج عام ٢٠٠٠ من هذه الأمصال حوالى ٧ مليون جنيه .

- سياسة التصدير :

اكتسبت الأدوية المصرية - فى خلال السنوات القليلة الماضية -

سمعة طيبة فى أسواق دول المنطقة ، الا أن حجم التصدير لم يصل بعد الى الدرجة المرموقة .

- سياسة الاستيراد :

يتم استيراد الدواء تام الصنع لمواجهة زيادة الطلب ، ولضمان توفير كافة الأدوية الحديثة من الأسواق العالمية والأصناف التى يصعب تصنيعها . ومن المتوقع ان تبلغ قيمة الاستهلاك من الأدوية المستوردة عام ٢٠٠٠ حوالى ٢٢٠ مليون جنيه .

- سياسة الأسعار :

تتزايد تكاليف الانتاج الدوائى يوما بعد يوم عالميا ومحليا ، ويظهر أثر ذلك على تكاليف الدواء المستورد والمنتج محليا على السواء ، وقد ساعد فى زيادة التكاليف شراء الدولة بالأسعار التشجيعية للعمليات الاجنبية ورغم تثبيتها لأسعار الدواء خلال العشرين عاما الماضية واستمرار الوضع على هذا الحال سوف يزيد الخسائر بالنسبة للأدوية المستوردة ، ويقلل أرباح الشركات الانتاجية تدريجيا ومن ثم فمن المتوقع ان تحقق أغلب الشركات خسائر خلال السنوات القليلة القادمة .

- الرقابة الدوائية :

الرقابة على الدواء مسئولية تتحملها الدولة لضمان جودته ومطابقتها للمواصفات وسلامته وثباته وهى مراحل متعددة تبدأ من تحليل الكيماويات ومواد التعبئة والتغليف ثم اثناء مراحل الانتاج ، وبعد اتمام انتاج المستحضر ثم متابعة الثبات والفاعلية طوال حياة المستحضر . وقد اقامت المؤسسة عام ١٩٦٣ مركز الأبحاث والرقابة الدوائية للإشراف على ذلك ، وفى عام ١٩٧٤ أدمجت معامل الأدوية بالوزارة فى هذا المركز وتكونت « الهيئة القومية للأبحاث والرقابة الدوائية » للإشراف على الدواء المتداول فى البلاد ، علاوة على المعامل المتخصصة فى ذلك بكل شركة انتاجية .

- الاعلام الدوائى :

تقوم الشركات المنتجة للدواء بالاعلام بأصنافها ، وتحاول كل شركة

تنطية أكبر عدد من الأطباء والصيادلة ، وهذا الاعلام يعتبر استمرارا لتعليم الطب من خلال نقل المعلومات العلمية عن الأدوية الحديثة واستعمالاتها والجرعات العلاجية وتوضيح الجديد بالنسبة للأدوية القديمة وقد أصبح توزيع العينات يمثل الجزء الرئيسى من النشاط الاعلامى ، وتضاعل النشاط العلمى الحقيقى .

– ترشيد الاستهلاك :

هناك بعض الأدوية تستعمل لعلاج الأمراض الشائعة والأمراض البسيطة ويسمح ببيعها للجمهور دون الحاجة الى وصف الطبيب بل وفى أماكن خارج الصيدليات ، وفى هذا الأمر خطورة ، لأن الدواء اثارا جانبية ، كما أن المرض البسيط قد يكون مقدمة لمرض خطير ، علاوة على أن تكرار تناول بعض الأدوية قد يسبب الادمان ، لكل ذلك فإن هناك حاجة ماسة الى ترشيد الاستهلاك .

– البحوث الدوائية :

تسهم البحوث الدوائية فى اكتشاف العناصر الفعالة الجديدة ، وفى توسيع نطاق علاج الأمراض ، وهذه البحوث تكلف كثيرا ، وقد تضاعفت الصعوبات امام اكتشاف دواء جديد بعد ظهور الآثار الجانبية والسمية لبعض الأدوية بعد أعوام طويلة من بدء تداولها ، الأمر الذى أجبر الشركات على ابدال عناصر جديدة فى تركيبها للدواء – منها ضمان عدم تأثيره على الأجنة والعناصر الوراثية والتواجد الحيوى – قبل الموافقة على تداوله . وهذا امر يؤخر ويزيد تكاليف الاكتشافات الجديدة . وفى مصر نجحت البحوث الدوائية فى استنباط العديد من العناصر الفعالة من النباتات ومنتجات الكثير من الأدوية التى اعترف بها العالم مثل الخلين والأمودين وغيرهما .

– التدريب ونقل التكنولوجيا والتوثيق والاحصاء .

* التدريب : للتدريب أهميته فى رفع الكفاية الانتاجية ، وخاصة فى صناعة دقيقة مثل صناعة الدواء ، فهو يوفر الخبرة والمهارة والعلم للعاملين فى القطاع كل حسب تخصصه .

١٣٠

* نقل التكنولوجيا : تكنولوجيا الصناعات الدوائية سريعة التطوير ، سواء فى مجال انتاج اصناف جديدة او طرق جديدة فى التصنيع او الرقابة الدوائية ، أو خفض تكاليف الانتاج وقد اكتسبت صناعة الدواء المحلية خبرة كبيرة فى مجال تصنيع المستحضرات الطبية وحققت بدايات طيبة فى تكنولوجيا صناعة الخامات . أما فى مجال البحوث الدوائية فما زال الامر يحتاج الى جهود كبيرة وتكاليف باهظة ، وفى مجال الرقابة على الجودة ما زال ينقص شركاتنا فى القطاع العام الاستفادة من أحدث الآلات والمعدات الموجودة لضبط الانتاج وتحسين نوعيته .

* مركز التوثيق الدوائى وبنك المعلومات : تتوسع الصناعات الدوائية بسرعة مذهلة وهو أمر يحتاج الى تجميع البيانات والاحصاءات العالمية عن النواحي الدوائية والانتشطة المرتبطة بها ومصادر انتاج الخامات الدوائية فى أنحاء العالم وكذلك تسجيل الاحصاءات عن انتاج واستهلاك الدواء المحلى ومتابعة نشاط القطاع الدوائى دوريا .

* الاحصاءات الدوائية : وهى الأداة الرئيسية للتخطيط السليم والمتابعة الفعالة وقد قامت المؤسسة بجهود ناجحة فى تدعيم الاحصاءات الدوائية ، فكانت تعد تقارير احصائية شهرية وسنوية وربيع سنوية ، واقتصر الأمر الآن على اصدار تقرير احصائى شهري .

– التشريع والرقابة :

التشريع الدوائى هو خطوة اساسية لتطبيق السياسة الدوائية للبلاد لأن القانون هو الذى يعطى الحكومة السلطة والمسئولية للرقابة على الانتاج والاستيراد ودفع عجلة البحوث والتنمية فى ميدان الدواء .

التوصيات

على ضوء ما سبق يوصى بما يلى :

* مبادئ أساسية :

– استمرار اشراف الدولة على وضع وتنفيذ السياسة الدوائية عن طريق الأجهزة المختلفة وهى : التسجيل – التخطيط – الاستيراد –

• عدم وجود بدائل محلية بنفس الجودة للمستحضرات التي ينتجها المشروع ، وأن تكون هذه المستحضرات مكملات لاحتياجات الاستهلاك المحلي .

• ألا تكون المستحضرات التي ينتجها المشروع من تلك التي تنتج بعقود تصنيع مع شركات محلية .

• التزام المشروع باستخدام الخامات ومواد التعبئة والتغليف المطابقة للمواصفات العالمية .

- تغطية الانتاج المحلي لنسبة لا تقل عن ٨٠٪ من استهلاك البلاد .

* الخامات الدوائية :

- الاهتمام بصناعة الكيماويات الدوائية على زيادة انتاجها كما ونوعا من ١٠٪ الى ٥٠٪ من جملة الاستهلاك .

- معالجة قصور الاتصال بين القطاعات الصناعية في الدولة ، لتوافر بعض أصناف الكيماويات التي تصنع أو يمكن صناعتها في قطاعات أخرى بفرض الافادة الكاملة منها .

- الاهتمام بالنباتات الطبية والعطرية واستخلاص العناصر الفعالة منها واعتبارها ثروة قومية من الناحية العلاجية والاقتصادية ، وانشاء شركة متخصصة في هذا الحقل بهدف تغطية كل المراحل اللازمة من الاستزراع ثم الاستخلاص والتسويق الداخلى والخارجى .

- الاهتمام بصناعة الخامات ذات الاصل الحيوانى ، وانشاء شركة متخصصة أو أكثر تكون مسئولة عن الاستفادة من النباتات الطبية ، والخامات ذات الاصل الحيوانى .

- حصر الاحتياجات الفعلية للبلاد من الكيماويات العملية ، واعداد خطة لتوفيرها وتطوير انتاجها .

* الأدوية البيطرية :

- العمل على توفير الأدوية البيطرية سواء عن طريق الاستيراد أو الانتاج المحلي وذلك بتدعيم الشركات التي تقوم بانتاج الأدوية البيطرية .

التسعير - التصنيع - التوزيع - الرقابة على الجودة . على أن تظل مسئولية كل شئون الدواء في جهاز واحد .

- تدعيم القطاع العام في التصنيع والاستيراد والتوزيع ، والعمل على تنميته بما يحقق له القدرة على توفير الدواء ، وخصوصا الاصناف الحيوية والاساسية ، وأدوية الأمراض المزمنة بكميات مناسبة ، وبأسعار في متناول جميع المواطنين .

- تشجيع القطاع الخاص على المساهمة في توفير الدواء - بما في ذلك التصنيع - في اطار خطة الدولة الشاملة على ضوء قرارات منظمة وضوابط توضع في هذا الخصوص .

* تسجيل الدواء وضوابط تسجيل الأدوية وتداولها بما يضمن فاعليتها وحسن اختيارها وملائمتها للحاجة الفعلية للبلاد مع ضرورة النص على اعادة التسجيل كل خمس سنوات .

* الانتاج المحلي :

- السماح لرأس المال الخاص المصرى بالمشاركة في انشاء مشروعات انتاج المستحضرات الصيدلانية والكيماويات اللازمة لها ، وذلك في ضوء زيادة معدلات الاستهلاك التي من المقدر ان تتضاعف أكثر من خمس مرات حتى عام ٢٠٠٠ وعدم امكان قيام القطاع العام بانتاج ما يكفى هذا القدر من الاستهلاك ، على أن يكون المشروع ممثلا لاحتياجات البلاد ومحققا اضافة تكنولوجية .

- السماح لرأس المال الأجنبى بالمساهمة في مشروعات انتاج الكيماويات الدوائية ومستلزمات الانتاج ، على أن يكون التصريح مشروطا بما يلى :

• اعطاء الأولوية للمشروعات التي تقوم بانتاج الخامات الاساسية التي تدخل في انتاج المستحضرات الصيدلانية .

• اقتصر المشاركة الأجنبية في رأس المال - ان كانت ضرورية - على أقل من ٥٠٪ ، وأن يكون ذلك في غير الصناعة الدوائية التشكيلية .

اقتصادي سليم .

- التوسع في صناعة أغذية الأطفال مثل السوبرامين سواء عن طريق زيادة الوحدات الانتاجية أو تكرارها ، وسواء في نطاق قطاع الدواء ، أو قطاع الصناعات الغذائية .

- الاهتمام بالثقافة الغذائية في برامج تعليم الفتيات بوسائل الاعلام المختلفة .

* التصدير :

- الاستفادة من أعضاء المهن الطبية من المصريين الذين يعملون في المنطقة العربية والافريقية للمساهمة في تشجيع تصدير الدواء المصري وفتح الأسواق امامه .

- إعداد الدراسات اللازمة لاقامة مشروعات مشتركة مع هذه الدول بحيث تقوم مصر بدورها الحضارى في المنطقة العربية والافريقية .

* الاستيراد :

- تركيز الاستيراد بصفة زساسية على القطاع العام تحقيقا لمبدأ توفير الدواء بالسعر المناسب والفاعلية المطلوبة .

- اسهام القطاع الخاص بالمشاركة في توفير جانب من احتياجات البلاد في اطار الخطة القومية التي تضعها الدولة ، بما يضمن توفير كافة احتياجات العلاج .

* سياسة الأسعار :

- الالتزام بتوفير الأدوية - وخاصة الحيوية - بسعر مناسب للجماهير - تحقيقا لسياسة الدولة التي تكفل توفير سياسات العلاج للمواطنين .

- توفير الدعم اللازم لقطاع الدواء حتى يتمكن من تحقيق هذا الهدف بشرط ألا يكون خفض الأسعار الجمهور على حساب الاحتياجات الأساسية للصناعة الدوائية التي يجب أن يتوفر لها ما يلزم لحسن الرقابة والبحث والتطوير والتجديد والتوسع والصيانة .

- انشاء شركة متخصصة للأدوية البيطرية باضافات الاعلاف الحديثة .

- الاهتمام بانتاج الأمصال واللقاحات البيطرية .

* المستلزمات الطبية :

العمل على انتاجها محليا على أن تخضع في مراحل الانتاج لذات الشروط الخاصة بانتاج الدواء .

* صناعة الآلات وقطع الغيار :

- تحديد الشركات والورش التي تقوم بتصنيع هذه النوعيات ، ومعرفة امكاناتها ، واعطاء أولوية للتصنيع المحلى بالنسبة لقطع الغيار والمعدات البسيطة .

- إعداد خطة زمنية للتوسع الرأسى والافقى في هذه الصناعة لمواجهة احتياجات صناعة الدواء في الاحلال والتوسع يتم في نطاقها اقامة مصانع جديدة .

* انتاج الأمصال والطعوم :

- اعطاء الأولوية المطلقة لتوفير الطعوم والأمصال ، وتنظيم الحملات الخاصة بهما .

- التوسع في انتاج كميات كافية للاستهلاك المحلى ، وتصدير الفائض الى دول العالم الثالث ، لما في ذلك من أثر انساني كبير .

- تنظيم عمليات التخزين والتوزيع بما يضمن فاعلية المستحضر ، ووصوله الى المريض بالفاعلية المطلوبة .

* أغذية وألبان الأطفال :

- الاهتمام بتغذية الرضع والأطفال ، وخصوصا من الغذاء البروتينى .

- تشجيع الأمهات على ارضاع الأطفال .

- تشجيع البحث العلمى التطبيقي في مجال أغذية الأطفال من الخامات المحلية .

- العمل على قيام مصنع أو أكثر لتعبئة ألبان الأطفال في اطار

استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠

اكتسبت خدمات نقل الدم أهمية بالغة منذ الحرب العالمية الأولى ، وأصبحت مأمونة بعد ذلك بعد أن تم اكتشاف كافة فئات الدم الأصلية والأنواع الفرعية والكثير من التفاعلات التي قد تحدث نتيجة نقل الدم . وتزداد احتياجات الأمم للدم كلما ازدادت الخدمات الصحية وتطورت ، كما تتسم هذه الخدمة بصفة الاستعجال في أغلب الأحوال . على أنه من الصعب تقدير احتياجات مصر من الدم ومشتقاته بوجه علمي قاطع ، كما يصعب أيضا حساب الدم المتوفر حاليا وذلك بسبب عدم توفر البيانات والاحصاءات الدقيقة .

المستهدف عالميا في السنوات القادمة :

في مؤتمر خدمات نقل الدم سنة ١٩٧٩ قدر الخبراء حجم الاحتياجات الضرورية من الدم للدول المتقدمة بمقدار ٥٠ وحدة دم / ١٠٠٠ من السكان / سنة (وحدة الدم ٥٠٠ سنتيمتر مكعب) وقد أصبحت نول أوروبا الغربية والولايات المتحدة قريبة من الوصول لهذا المستهدف ، وتجاوزته سويسرا فعلا حيث وصلت سنة ١٩٧٩ إلى ٧٠ وحدة / ١٠٠٠ من السكان / سنة) . وستزداد الاحتياجات للدم عام بعد عام بزيادة الخدمة الصحية كما وكيفا وبزيادة عدد حوادث السيارات وعدم مرضى الهيموفيليا .

* الرقابة الدوائية لضمان الفاعلية والأمان وجودة الانتاج :

تدعيم الهيئة القومية للرقابة والأبحاث الدوائية ، بما يوفر لها الامكانيات الآلية والبشرية وضمان الاستخدام الأمثل لهذه الطاقات .

* الأبحاث الدوائية :

- الاهتمام بالأبحاث الدوائية في مجال تحسين الانتاج .
- العمل على ابتكار أصناف جديدة وخاصة من النباتات الطبية .

- الانفتاح على التكنولوجيا الحديثة والاستفادة منها ، وتطويرها بما يناسب الامكانيات المتاحة .

* الاعلام الدوائى وترشيد الاستهلاك :

- الاهتمام بترشيد استهلاك الدواء واصدار التشريع اللازم بتنظيم صرفه حفاظا على صحة المواطنين .
- التعاون مع أعضاء المهن الطبية وأجهزة وزارة الصحة في توعية الطبيب والصيدلى والجمهور بخطورة الاسراف في استعمال الدواء .

- شمول التعليم الطبى على اقتصاديات العلاج والدواء .

- تدعيم علاقة قطاع الدواء بكليات الطب والصيدلة .

- تشجيع الانفتاح العلمى على العالم والمشاركة فى المؤتمرات العالمية ، والمعارض الدولية .

* التشريع والرقابة :

- اعادة النظر فى التشريعات القائمة واعادة النظر فيما لا يتفق والظروف الموضوعية للبلاد ولهنئى الصيدلة والطب .

- تشكيل لجنة من أعضاء المهن الطبية ووزارة الصحة ووزارة العدل لمراجعة القوانين واللوائح التى لها علاقة بقطاع الدواء لتطويرها بما يضمن الحفاظ على صحة المواطنين .

ومن هنا تتضح أهمية التخطيط العلمى السليم لهذه الخدمة فى مصر .

مفهوم خدمات نقل الدم :

تعنى خدمات نقل الدم أساسا بتوفير الدم ومشتقاته بالمواصفات العالمية فى الوقت المناسب ، وبالإضافة الى ذلك تعنى أيضا بالآتى :

- مشاركة الطبيب المتخصص فى نقل الدم للطبيب المعالج فى اختيار العنصر المناسب لكل مريض ، بهدف التوفير فى الدم وعناصره وحماية المريض كذلك .

- الكشف عن الفصائل النادرة والاجسام المناعية فى الدم .

- تبويب او تنوع الانسجة وما يتصل بنقل الاعضاء مناعيا ، مثل :

نقل القلب او الكلية - نقل النخاع والجلد .

- كل ما يتعلق بأمراض الدم ، مثل الهيموفيليا - السرطان

الدموى - الانيميا واصبح علاج هذه الأمراض مسئولية طبيب نقل الدم .

- كل التحاليل العملية المتقدمة جدا والمتعلقة بالدم من حيث صلاحيته ومواصفات المشتقات والأمصال واختبارات الجودة .

- البت فى مشكلات البنية واثبات النسب وما يتصل بذلك من تحاليل .

المجالات التى تشملها الخدمات المتكاملة لنقل الدم :

- خدمات نقل الدم ليست مقصورة على الفئات الطبية فحسب ، اذ ان فصل ٥٢ عنصرا - حتى الآن - من عناصر الدم ومواصفات كل منها ومكوناته وصلاحيته وعقاقمه جعل هذه الخدمة مجالا للتكنولوجيا الحديثة والكيمياء والصيدلة ، وعلم الجراثيم والمناعة وعلم الوراثة والزراعات التجريبية .

- تصنيع أجهزة الأخذ والاعطاء وأكياس الدم والزجاجات اللازمة لتعبئة المشتقات المختلفة وتحضير السوائل المعوضة .

- إعداد كوادر فنية مدربة فى حفظ وتخزين الدم والمشتقات

والتبريد والصيانة .

- توفير الأمصال المبوية ، ليس فقط للفصائل الأربعة الرئيسية ، بل

أيضا للمكونات المختلفة لعنصر (ص) RH والفصائل النادرة .

ومن أجل توفير خدمات نقل دم متكاملة ، وضعت كل دولة النظام المناسب لظروفها وصولا الى الأهداف المنشودة ، باعتبار ان هذه الخدمة على رأس قائمة الأولويات فى الخدمة الصحية لأى دولة وصلت فيها الخدمة الجراحية الى المستوى الذى يسمح باجراء العمليات الكبرى ، مثل عمليات القلب المفتوح - زراعة الكلى فمثلا :

- فى الولايات المتحدة الامريكية : اصدر الرئيس الأمريكى سنة

١٩٧٣ قرارا بإنشاء الهيئة الأمريكية لبنوك الدم .

وتتولى هذه الهيئة حاليا كل ما يتصل بهذه الخدمة فى مجالات

البحوث والتدريب والتطوير والمؤتمرات وغيرها ، وتقوم بجمع ٦٠٪ من الدم المتحصل فى الولايات المتحدة الأمريكية ويقوم الصليب الأحمر بجمع ٤٠٪ منه .

ودستور هذين الجهازين هو جمع الدم مجانا وصرفه بسعر التكلفة فقط .

- فى جمهورية ايرلندا : تم تشكيل لجنة لخدمات نقل الدم سنة

١٩٦٢ .

واتخذت لها مقرا فى قصر بليكان - وهو أكبر بنك دم فى دبلن -

ويعتبر أحد معالم دبلن الرئيسية .

- فى هولندا : تقوم بهذه الخدمة هيئة الصليب الأحمر الهولندى .

- فى إيران : تأسست الهيئة القومية الايرانية لخدمات نقل الدم

سنة ١٩٧٢ ، وتختص بتوفير الدم وتدريب العاملين وتحضير المشتقات ، وتخطيط الخدمة على المستوى القومى .

- أما فى مصر : فمن المقترح انشاء هيئة قومية لخدمات نقل الدم

كهيئة غير ربحية مستقلة بلوائحها الداخلية ونظامها المالى ، وتتلقى

تمويلها من الموازنة العامة للدولة ومن موارد بيع منتجاتها .

الوضع الحالي في مصر :

صدر في سنة ١٩٦١ قرار جمهوري بقانون بإنشاء مجلس مراقبة عمليات الدم وتنظيم هذه الخدمة والهيكل التنظيمي لها .

الهيكل التنظيمي لبنوك الدم :

لا يوجد هيكل تنظيمي واحد ينظم وينسق الجهود ، ويخطط لتطوير هذه الخدمة على أسس واضحة وأهداف محددة ، إذ توجد بنوك دم حكومية وأخرى أهلية :

البنوك الحكومية وتنقسم إلى أربعة مستويات :

المستوى الأول بنوك الدم المركزية وعددها خمسة :

في القاهرة بنك دم القوات المسلحة

بنك دم العجوزة المركزي

بنك دم الهلال المركزي

في الاسكندرية بنك دم الشاطبي الجامعي

بنك دم الاسعاف

المستوى الثاني بنوك دم رئيسية وعددها ثلاثون :

وتتواجد بالمستشفيات الجامعية والمستشفيات الرئيسية بعواصم المحافظات .

المستوى الثالث بنوك الدم الفرعية وعددها ستة وأربعون :

وتوجد بالمستشفيات الصغيرة بعواصم المحافظات ومستشفيات المراكز ، وهذه البنوك تخضع لتوجيه وإشراف بنوك الدم الرئيسية ، وتستمد رصيدها غالبا من بنوك الدم المركزية والرئيسية .

المستوى الرابع مراكز تخزين وعددها ١٠٩ مركزا .

وتوجد في المستشفيات الصغيرة ، أو في المستشفيات التي لا توجد فيها بنوك دم من المستوى الأعلى ووظيفتها حفظ كميات دم من فصائل مختلفة للتعامل مع المصابين في أي حادث لحين نقلهم إلى مستشفى أكبر .

ويلاحظ من هذا أن مصر لا تتوفر فيها بنك دم قومي مرجعي ولا

معمل مرجعي لأبحاث الدم معترف به عالميا .

كذلك فإن جميع البنوك المركزية الرئيسية هي مجرد غرف داخل المستشفيات لا تتوفر فيها المواصفات والاشتراطات التي وضعتها الهيئات الصحية العالمية .

البنوك الأهلية أو الخاصة ويمتلكها أفراد ، وعددها خمسة - كلها في القاهرة :

ولا تتوفر في معظمها الشروط والمواصفات الأساسية كبنوك للدم . كما أن الدم الذي تبيعه للمواطنين تحصل عليه من مواطنين يحتفون ببيع دمائهم ، ولذلك فهو يفتقر - غالبا - إلى أدنى المواصفات العالمية ، وغالبا ما يكون مصدرا لنقل فيروس التهاب الكبد الوبائي إلى المواطنين .

الدم المتاح في مصر حاليا :

يتراوح المتاح حاليا من الدم ما بين ٤ ، ٦ وحدات دم / ١٠٠٠ من السكان / سنة وهذا يوضح نقصا شديدا في الدم إذا علمنا أنه قد وصل في معظم الدول الأوروبية إلى ٤٠ وحدة / ١٠٠٠ من السكان / سنة .

الكوادر المخصصة حاليا في مصر :

لا توجد تخصصات عالية كافية تعمل في الخدمة - بينما في إيران مثلا تم إعداد الكوادر الآتية ما بين سنة ١٩٧٣ - السنة التي تم فيها تأسيس الهيئة الإيرانية القومية لنقل الدم - وسنة ١٩٧٨ :

١٥ حصلوا على دكتوراه أو ما يعادلها .

١٠ أوفدوا إلى أمريكا وإنجلترا للحصول على الدكتوراه .

١٥ مساعد باحث .

يوجد نوعان للتبرع بالدم :

الأول : التبرع الشرفي أو المجاني الذي يتوجه بمقتضاء المواطن لأعطاء دمه مجانا بدافع الاحساس بالمسئولية والواجب .

الثاني : التبرع المدفوع الأجر أو بمقتضى تشريع .

وقد أصبح من المستور العالمي الاستغناء عن أي تبرع مدفوع الأجر

وتنظيم هذه الخدمة ويسمى الهيئة القومية لخدمات نقل الدم .

الهيئة القومية لخدمات نقل الدم :

واجبات الهيئة :

- وضع خطط لتنظيم عمليات جمع الدم وتخزينه وصرفه بمواصفات

قياسية للدم ومشتقاته .

- تنسيق الجهود الأهلية والحكومية فى مجال خدمات نقل الدم بما

يحقق زيادة الرصيد منه ومن مشتقاته .

- تطوير بنوك الدم الحالية وإنشاء بنوك اقليمية ومركز بحوث

واختبارات الدم .

- إعداد الكوادر الفنية المتخصصة اللازمة لمصر حتى عام ٢٠٠٠ .

- الوصول برصيد الدم الى المستوى العالمى وهو ٥٠ وحدة / ١٠٠٠

من السكان سنويا .

يكون لهذه الهيئة مجلس ادارة وتتبعها الأجهزة الآتية :

جهاز التطوع المجانى بالدم :

يختص هذا الجهاز بخلق الوعى التطوعى المجانى للتبرع بالدم ،

وكل ما من شأنه زيادة حصيلة الدم وتوفيره للمواطنين عن طريق وضع

البرامج الاعلامية للتبرع بالدم على المستوى القومى والمحلى .

- متابعة تنفيذ الخطط الاعلامية وتقييمها وتطويرها .

فرقة الرصد المركزى والاحصاء :

وتختص بما يلى :

- تسجيل المتطوعين وفصائلهم فى سجلات خاصة على مستوى

المحافظات بحيث يمكن استدعاؤهم عند الضرورة .

- انشاء سجل قومى للمواطنين ذوى الفصائل النادرة بحيث يمكن

تدبير الدم لهم عند حاجتهم اليه أو استدعاؤهم عند حاجة الآخرين الى

دمهم .

- تسجيل وحدات الدم المتوفرة فى القاهرة الكبرى وفصائله ، بحيث

يتم توجيه الجهة الطالبة الى حيث يتوفر الدم بالفصائل والكميات

المناسبة .

وكذلك عن أى تبرع اجبارى (بمقتضى تشريع) .

وقد اجتمعت لجنة من بعض خبراء نقل الدم فى مصر فى أكتوبر

سنة ١٩٨٠ بوزارة الصحة ووضعت مبادئ لخدمات نقل الدم فى مصر

تتلخص فيما يلى :

- قومية الدم : أى أن الدم المتاح فى أى بنك دم يصرف لأى

مريض يحتاجه فى أى مكان فى الجمهورية .

- مجانية التبرع : بذل كل الجهود لزيادة عدد المتبرعين الشرفيين

والشعار هو « إعطاء من أجل البقاء - تبرع بدمك تنقذ حياة » .

- تشغيل مركز مشتقات الدم بالعجيزة هو مسئولية بنوك الدم فى

أى مكان بالجمهورية بصرف النظر عن تبعيتها .

- توحيد الحوافز بين بنوك الدم حتى لا يتسبب التنافس بينها فى

خلق المزايدات .

- صحة المتبرع والعناية به هدف أهم من هدف الحصول على الدم

منه .

- اشعار المتبرع الشرفى بأهمية عطائه للدم والترحيب به .

- نبذ فكرة سن تشريعات لاجبار أى مواطن على التبرع بدمه ، لأن

فى ذلك أهدار للحقوق الأساسية للإنسان المصرى وحرية فى عطاء

نسيج من جسمه . وقد تأيد ذلك فى مناقشات مجلس الشعب فى دورته

الثامنة والثلاثين حيث رفض المجلس مقترحات لجنة الشؤون الصحية

والبيئة فى هذا الخصوص .

- تتولى الهيئة القومية لخدمات نقل الدم (المقترحة) اصدار

التشريعات المنظمة لمسئولية الأطباء القائمين على خدمات نقل الدم

ووضع الشروط الضرورية الواجب توافرها فى المتبرع ، والمسئولية

الفنية نحو تركيب الدم للمريض وغير ذلك .

استراتيجية تطوير خدمات نقل الدم

فى مصر حتى عام ٢٠٠٠

على ضوء ما تقدم يقترح المجلس انشاء جهاز متكامل يعنى بتطوير

- القيام بأعمال بنك دم قومي ومعمل مرجعي لبنوك الدم الأخرى .
- أن يكون مقرا لوحدة دم مجمد وخاصة من الفصائل النادرة .

بنوك الدم الاقليمية :

أصبح انشاء هذه البنوك فى مصر ضرورة ملحة وعاجلة ، وهى موجودة فى أوربا منذ سنوات عديدة . وهذه البنوك هى التى تتولى امداد جميع المستشفيات - سواء كانت جامعية أو تابعة لوزارة الصحة ، أو تأمين صحى ، أو خاصة - بالدم والمشتقات ، كما أنها تتولى تنسيق حملات الادماء وحركة الدم فى المنطقة المسؤولة عنها .

ويخدم كل بنك دم اقليمى منطقة محددة له من مدينة كبيرة أو مجموعة محافظات متجاورة .

ويكون من أهم واجباته :

- الاشراف على مراكز الدم و امدادها بالأمصال والمحاليل وغيرها .
- عمل الدعاية المباشرة والتوعية المحلية للحث على التبرع بالدم .
- عمل مراكز اسعاف سريع لمرضى الهيموفيليا وأمراض النزيف عموما .

- تحضير مايسمى « مشتقات الخط الأول » التى تتميز بسهولة تحضيرها وبساطة التجهيز اللازم لها ، وهذه المشتقات - غالبا - يتم تحضيرها عند الطلب من المستشفيات المجاورة .

ويلزم مصر بناء وتجهيز عشرة بنوك دم اقليمية موزعة على أساس جغرافى طبقا لتعداد السكان فى المنطقة أو المحافظة . ويمكن ان يكون توزيعها جغرافيا بما يسمح بالاستفادة من كليات الطب الاقليمية المتوافرة فى هذه المناطق .

المركز القومى للمشتقات والمحاليل :

يوجد مركز للمشتقات بالعجوزة يتمتع بكفاءة عالية ، الا أن البلازما المتوفرة له لا تكفى لتشغيله بكل طاقتة .

مصنع المستلزمات البلاستيكية :

أوصت الهيئات الصحية العالمية بضرورة انشاء مثل هذا المصنع

على أن يتم انشاء غرف رصد صغيرة فى الاسكندرية وبنوك الدم الاقليمية على مراحل ، وأن يتم ربط غرفة الرصد المركزى على شبكة اللاسلكى الخاصة بالخدمات الصحية العاجلة وتسجيل وحدات الدم والفصائل النادرة على لوحة بسيطة تخدم جميع المستشفيات وبنوك الدم فى الاقليم كله .

* جهاز توفير الدم والبلازما - جهاز بنكية الدم :

وهذا الجهاز هو شبكة بنوك الدم المختلفة بمستوياتها الأربعة وبنوك الدم الاقليمية المقترحة ، والمركز القومى للبحوث واختبارات الدم .

وهذا الجهاز يتولى جمع الدم من المتبرعين وتخزينه وصرفه وتسجيل وحدات الدم كما يتولى تخزين أو انتاج بعض المشتقات .

ويتبع هذا الجهاز مباشرة ويعاونه المركز القومى لبحوث واختبارات الدم ، وبنوك الدم الاقليمية وبنوك الدم الموجودة حاليا . وفيما يلى تعريف بكل من المركز القومى لبحوث واختبارات الدم وبنوك الدم الاقليمية المقترحة :

المركز القومى لبحوث واختبارات الدم :

لقد اصبح انشاء هذا المركز ضرورة عاجلة وملحة لكى يتم تطوير خدمات نقل الدم فى مصر وربطها بالهيئات الصحية العالمية وتحسين هذه الخدمة لتصبح على المستوى العالمى المرموق .

ويكون من أهم واجباته .

- الرقابة والتفتيش واختبارات الجودة .

- التدريب المتقدم للأطباء والفنيين والمرضات ، وعقد الندوات والمؤتمرات وربط مصر بالهيئات الدولية الصحية فى مجال خدمات نقل الدم .

- اجراء البحوث التطبيقية فى مجال المناعة وتبويب الأنسجة وزراعة الأعضاء والوراثة ومشكلات البنية وغيرها .

- حل المشكلات وتذليل الصعوبات الفنية التى تعترض بنوك الدم والأطباء فى هذا المجال .

١ سائق
التجهيزات لحملة الادماء :
عدد
١ سيارة لنقل أفراد الحملة
١ سيارة ثلاثية دم
٢٠ صندوق عازل
٤ سراير نقالي
٢ اسطوانة اكسجين
تمويل الهيئة :
تكوين الهيئة مؤسسة اقتصادية غير ربحية ولها ميزانيتها المستقلة ،
وتستمد مواردها المالية من :
- الموازنة العامة للدولة .
- الهبات والتبرعات من الأفراد أو الشركات ، سواء كانت هبات
مالية أو تجهيزات ، وبخاصة من الهيئات الصحية
العالمية .
- حصيله بيع الدم ومشتقاته بسعر التكلفة للمرضى غير المجانيين
(مرضى العلاج الاقتصادى المؤسسة العلاجية - التأمين الصحى -
المستشفيات الخاصة) .
- حصيله بيع البلازما ومنتجاتها والسوائل المعوضة .
- حصيله بيع أكياس الدم والحقن البلاستيك وأجهزة الاعطاء
وغيرها .
التنفيذ المرحلى :
يتم التنفيذ على مراحل بأسرع ما يمكن ، على ألا يتجاوز التنفيذ
الكلى العشرين سنة القادمة .
المرحلة الأولى :
- انشاء المركز القومى لبحوث واختبارات الدم فى القاهرة ، ويمكن

لتكامل خدمات نقل الدم فى أى دولة يزيد عدد سكانها عن عشرة
ملايين ، على أساس أن عدم توافر أكياس الدم مثلا فى وقت السلم أو
الحرب ينتج عنه نتائج خطيرة ، وهى توقف عمليات نقل الدم .
ويقوم بانتاج أكياس الدم (القرب) بكافة أنواعها وكذلك اجهزة نقل
الدم والحقن البلاستيك وغيرها .
ويمكن دعم وتطوير خط انتاج هذه المستلزمات المتوافرة حاليا
بشركة النصر للكيماويات الدوائية ليغضى نصف احتياجات مصر من
القرب المفردة فقط حتى سنة ٢٠٠٠ ، على أن ينشأ مصنع جديده على
أحدث المواصفات العالمية يتخصص فقط فى انتاج هذه المستلزمات
وانواع القرب المختلفة ، اذ ستكون تكاليف احتياجات مصر فى بنوك
الدم من هذه المستلزمات سنة ٢٠٠٠ حوالى ٦.٢٠٠.٠٠٠ جنيه بسعر
السوق الحالى ، على أساس ٣٠ وحدة دم / ١٠٠٠ من السكان ، وهو ما
نطمح فى الوصول اليه سنة ٢٠٠٠ (سعر القرية وجهاز الأخذ والعطاء
حاليا ٣ جنيه ، وعلى اساس ان تعداد سكان مصر عام ٢٠٠٠ هو ٧٠
مليون نسمة) .

التشكيل النمطى لفريق أدماء لفصد ١٠٠ وحدة دم :

يتكون الفريق من الأفراد الآتية :

عدد

١ طبيب اخصائى : رئيسيا للحملة .

١ مثقف صحى

علاقات عامة للحث على التبرع والاقناع والاتصالات العامة .

٢ طبيب عام للكشف على المتبرعين .

٢ فنى معمل

٤ ممرضة

٢ كاتسب

٢ عامل

تجهيزه من معونات وهبات هيئة الصحة العالمية والصليب الأحمر الدولي وبرنامج المعونات الأمريكية وتبرعات الأهالى والمستشفيات الخاصة .

علما بأن الهيئات الدولية مستعدة للمساهمة ، وسبق لها تجهيز بنوك دم فى كينيا وساحل العاج وليبيا .

- انشاء غرفة الرصد المركزى والاحصاء للقاهرة الكبرى ، ويمكن أن يكون مقرها فى المركز القومى لبحوث الدم .

انشاء مصنع المستلزمات البلاستيك .

المرحلة الثانية :

- تطوير وتوسيع مركز تحضير المشتقات بالعجوزة .

- بناء وتجهيز بنوك الدم الاقليمية العشرة المقترحة بمعدل واحد كل سنة .

- يمكن التمويل والتجهيز من مصادر التمويل العالمية وشركات انتاج وبيع الأجهزة .

التوصيات

على ضوء هذه الدراسة يوصى المجلس بما يلى :

* انشاء الهيئة القومية لخدمات نقل الدم . اذ ان انشائها أصبح ضرورة قومية لزيادة رصيد الدم ، وتنسيق الجهود بما يكفل رفع مستوى الأداء وتحسين مواصفات الدم والمشتقات .

* انشاء المركز القومى لبحوث واختبارات الدم ، على أن يختص بالرقابة والتفتيش ووضع المواصفات لمشتقات الدم ومكوناته ، كما يناط به أغراض التدريب والبحوث الميدانية والوظيفية ويستلزم انشاء مبنى حديث طبقا للمستوى النمطى الموضوع بمعرفة هيئة الصحة العالمية .

* انشاء عشرة بنوك دم اقليمية على مدى السنوات العشرين القادمة ، على أن يتم اقامة المباني اللازمة لها طبقا للمواصفات

الموضوعة بمعرفة هيئة الصحة العالمية .

* انشاء معهد خاص للفنيين العاملين فى خدمات نقل الدم والهماتولوجى والمناعة وعلم الخلايا ، أسوة بمثيله فى الدول الأخرى ، وكأجراء مرحلى تخصص شعبه فى المعهد الصحى لهذا التخصص .

* إعداد الكوادر المؤهلة للعمل فى خدمات نقل الدم من الأطباء بالاعداد التالية (حتى سنة ٢٠٠٠) :

عدد

٨٠ حاصلين على الدكتوراه أو ما يعادلها .

٢٠٠ حاصلين على الماجستير أو ما يعادلها .

مع ترغيب الأطباء للعمل فى مجال خدمات نقل الدم .

* انشاء مصنع لمستلزمات البلاستيك المستخدمة فى خدمات نقل

الدم (الحقن - أكياس الدم - أجهزة الأخذ والاعطاء) .

* تطوير المركز القومى للمشتقات بالعجوزة ، بما يسمح بتحضير المشتقات ومكونات الدم التى لا يقوم بتحضيرها حاليا ، مع وضع نظام للرقابة واختبارات الجودة والصلاحية لمنتجاته .

* الوصول بالمتحصل من الدم من المتبرعين الشرفيين الى ٣٠ وحدة دم لكل ١٠٠٠ من السكان على الأقل حتى سنة ٢٠٠٠ (المعدل الحالى فى الدول الأوربية) مع الاستغناء التدريجى عن المتبرعين المحترفين ونزلاء السجون .

مع غرس الوعى التطوعى بالدم وارساء قيم الايثار والتكافل فى هذا المضمار كقيمة حضارية وأخلاقية ، والاهتمام بالانتقال الى التجمعات الشبابية ، فى الجامعات والمعاهد العليا والمدارس الثانوية ، والتجمعات النقابية الأمر الذى يزيد من المشاركة التطوعية باعتبارها عملا انسانيا وخدمة قومية .

خلال هذا النقل . وفى كل هذا يكون تطويع التكنولوجيا المستوردة للظروف والمتطلبات القائمة ، ووفقا للأولويات فى الاختيار الصحية .

- التنسيق بين وزارة الصحة والجامعات والمعاهد العلمية والتعليمية وأكاديمية البحث العلمى من أجل تنمية الطاقات البشرية العلمية والتكنولوجية ، وتربية الكوادر القادرة على حمل المسئولية فى مجال البحوث الصحية .

ولا يتأتى التنسيق بين الجهات المختلفة الا بالحوافز المجزية ، تقليلا من استنزاف العقول والخبرات بالهجرة للخارج .

- ادخال الادارة العلمية والتقويم العلمى الحديث فى خدمة البحوث الصحية .

- التخلص من السلبيات المتراكمة فى مجال البحث العلمى الصحى وهذا يقتضى :

× وجود جهاز مسئول عن استراتيجية وسياسة خطة البحوث على مستوى الدولة للتنسيق بين الجهات المختلفة .

× نظام معلومات متكامل وكفاء لخدمة البحث العلمى الصحى .

× تخطيط للبحوث وسياسة واستراتيجية نابعة من رأى القاعدة العريضة ، والأولويات المتفق عليها .

× جهازا موحدا لوضع سياسة وخطط المؤتمرات العلمية على مستوى الدولة فى مجال الصحة .

- الحاجة الى الحد الأدنى من التوثيق والاعلام البحثى الرأسى وتلافى التكرار أو الفاقد فى الجهود البحثية .

- الحاجة الى الالتقاء والترابط المستمر بين جهات ومراكز البحث ، وبين جهات وميئات الانتاج أو الخدمة .

- الحاجة الى الكوادر المتفرغة للبحث وتوفير التعويض والحوافز المناسبة لها .

أسس اختيار أولويات البحوث الصحية :

يراعى فى تحديد أولويات البحوث الصحية ما يأتى :

إستراتيجية البحوث الصحية

حتى عام ٢٠٠٠

البحث العلمى والتكنولوجيا فى مجال الصحة هما وسيلة المجتمع للاستفادة من قدراته واستخدامها سلاحا فعالا لحل مشكلاته الصحية وتقوم سياسة اجهزة البحوث الصحية فى مصر على الأسس الآتية :

- تجميع جهود العلماء والباحثين ورجال التكنولوجيا لوضع خطة للبحوث الصحية انطلاقا من مشكلات التنمية الصحية وخطتها .

- تهيئة المناخ العلمى لنمو البحث بانواعه المختلفة ويدخل فى هذا الاطار حل مشكلات الباحثين الخاصة والعامة ومشكلات الاعداد والتجهيز لتمكينهم من اداء المهمة المنوطة بهم فى يسر ، والقضاء على المعوقات .

- تنسيق البحوث الصحية والربط بينها ، وإيجاد وحدة فكره بين الباحثين وإبراز أهمية تكامل النظرة العلمية بين النواحي الاجتماعية والانسانية والطبيعية ، وتبدر هنا أهمية التوثيق والنشر العلمى واتاحة المعلومات والتسجيل والمكتبات العلمية .

- الاستفادة من التكنولوجيا الصحية المتقدمة فى حل المشكلات ، ووضع أسلوب اختيار التكنولوجيا المناسبة والأكثر ملاءمة لظروف البلاد والعمل على تجنب الآثار الجانبية لنقل التكنولوجيا من الدول المتقدمة الى النامية ، والإصرار على تنمية القدرات المحلية والمهارات الوطنية من

- أن يخصص ٨٠ ٪ من الخطة البحثية للبحوث ذات الأهمية القومية التي تتمثل بخطة التنمية الصحية ويترك ٢٠ ٪ للبحوث الأخرى .

- أن يكون البحث مما يهدف الى حل المشكلات القومية القائمة أو الى زيادة العائد من الخدمات الصحية وتحسين مستوى الأداء أو يؤدي الى نتائج تساعد على اتخاذ القرار في المدى القريب .

- أن يلاحظ في البحث الاستغلال الأمثل للمكانات المتاحة .

- تفضل الأبحاث التي تتعدد وتتداخل التخصصات فيها ، وتؤدي الى الربط بين أكثر من جهة .

- أن يؤدي البحث الى دعم التجهيزات والمعدات العلمية التي تفيد البلاد والجهة القائمة بالبحث .

- تفضل البحوث التي تحقق اهدافها في أمد قصير نسبيا .

- ألا تكون البحوث تكرارا لبحوث سبق اقرارها ، الا اذا هدفت الى كشف طرق جديدة أو تعديل طرق مستخدمة وقاصرة ، أو تطبيق أساليب جديدة .

- أن تكون البحوث متكاملة في أدائها ما أمكن ، وتؤدي في النهاية الى تكوين مراكز علمية في تخصص معين .

ادخال التكنولوجيا الحديثة المستوردة (نقل التكنولوجيا) في قطاع الخدمات الصحية :

يراعى في نقل التكنولوجيا الحديثة في مجال الخدمات الصحية ما يلي :

- حسن الاستخدام للتكنولوجيا المستوردة في الوقت والموقع المناسب .

- تقبل المنتفع والمستخدم للتكنولوجيا المستوردة .

- الاهتمام بدراسات العائد والتكلفة ودراسات العائد والفاعلية ، للتعرف على أن ما ينفق على هذه التكنولوجيا الحديثة يحقق العائد المستهدف ، وأن قيمة العائد أكبر من تكاليف الاتفاق عليه .

- أن تكون درجة الاستيعاب لهذه التكنولوجيا المستوردة في نطاق الامكانيات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية .

وبالنسبة للتكنولوجيا المستوردة في صناعة الدواء والمستحضرات البيولوجية يمكن استخدام اساليب بحوث العمليات لمعرفة تأثير التكنولوجيا المستوردة على معدلات الانتاج - انتاجية العامل - معامل التكلفة للعائد - جودة المنتج - الروح المعنوية للعامل .

البحوث ذات الأولوية لأهميتها القومية :

وضع أولويات للبحوث الصحية في المجالات الآتية :

أولا - بحوث التغذية .

ثانيا - بحوث البلهارسيا والأمراض الطفيلية والمتوطنة .

ثالثا - بحوث الطب الاجتماعى .

رابعا - بحوث صحة البيئة .

خامسا - بحوث الادارة الصحية .

سادسا - بحوث التشريعات الصحية .

البحوث في المجال الدوائى :

تتكس مشكلات البحث العلمى الدوائى الى حد كبير مشكلات صناعات أخرى ترتبط معها ارتباطا مباشرا ، ولذلك لا يمكن ان نهتم بنوع محدد من البحوث ونترك الآخره . فالبحث العلمى أو الاكاديمى لا بد من ممارسته في القطاع الدوائى لرفع كفاية العاملين العلمية ، وتدريبهم على أساليب البحث ، وخاصة طويلة المدى . والبحث العلمى التطبيقى والتنفيذى الذى يقوم باستغلال نتائج البحوث الأكاديمية لازم لتحقيق أهداف سريعة نحو التطور . اما البحوث الخاصة بالمتابعة وتطوير طرق التحليل وتحسينها فجميعها قصيرة المدى وملزمة للانتاج ونابعة منه ، ولها هدفان اساسيان : تطوير وتحسين المنتج النهائى ، ورفع كفاية العاملين في المجال الصناعى .

وقد عرفت الدول أهمية البحوث في صناعة الأدوية وخصصت نسباً تتراوح بين ١٠ ٪ - ٢٠ ٪ من جملة مبيعاتها للانفاق على البحوث

وتحسينها . ويخص الرقابة على المنتج في العادة من ٢ - ٧ ٪ من هذه النسبة .

وفيما يلي عرض لأنواع البحوث :

١- البحث العلمي الأكاديمي :

وهو الذي يهدف الى توضيح وتنمية الحقائق العلمية الحالية في فروع العلوم الطبية والصيدلية والكيمائية وغيرها . ولا شك أنه لا يمكن الاستغناء عنه إذ انه هو الذي يبنى عليه كل تقدم علمي سواء كان من مفاهيم صحيحة عن طبيعة الصحة والمرض - أو من أساليب التدخل العلاجي أو الوقائي وهذه الممارسة الواقعية هي التي تشحذ العقلية العلمية وتكمل تضويعها وتسلحها بالخبرات والمقدرة على التفاعل مع المشاكل العلمية المختلفة .

وأجهزة الصناعة الدوائية لا تملك التخلف عن هذا المضمار بحكم طبيعتها العلمية ، وباعتبارها اولا وأخيرا جزءا لا يتجزأ من الوسط العلمي العام ، ولكن لا يصح بأية حال من الأحوال أن يكون ذلك الهدف هو الاساسي والمهمة الاصلية في مجال الصناعة الدوائية لأن له طبيعتها الأكاديمية الخاصة ، ولا تستطيع أى صناعة في بدء نموها أن تتحمل تكاليفه وتنتظر نتائجه البعيدة المدى ولكن هذا لم يمنع ان تساهم فيه مراكز الأبحاث والرقابة مع المعاهد والمنشآت العلمية كالجوامع ومراكز البحوث الأخرى ذات الطابع الأكاديمي ، وذلك بالقدر الذي يحقق الأهداف التي سبق بيانها .

٢- البحث العلمي التطبيقي :

يهدف الى استخدام المفاهيم العلمية الجديدة في استنباط وسائل جديدة للعلاج أو الوقاية مع تطبيق هذه المفاهيم تطبيقا مباشرا على المشكلات الصحية المعاصرة ، ومن الطبيعي أن تكون مثل هذه البحوث في مجال التصنيع الدوائي المتعلق بالمواد الكيمائية والعناصر الفعالة للعقاقير المستحدثة في العلاج وهي تنقسم الى :

- بحوث تطبيقية استطلاعية :

وتتقدم على استطلاع الأثر العلاجي لعناصر أو مواد جديدة وطرق

تحضيرها في المعامل أو استخلاصها من خاماتها ، أو استكمال استيضاح بعض ماعرف من هذه الخصائص أو التأكد من الشكوك فيه ، أو دراسة تأثير المركبات الناتجة عن استخدام هذه العناصر الجديدة سواء نتج عنها تأثيرات ضارة أو تأثيرات نافعة مرغوب فيها ، ومثل هذا النوع من البحوث هو ايضا عنصر هام من العناصر التي يجب أن يشملها نشاط وأجهزة البحث العلمي الدوائي ولكنه يجب أن يتم التعاون مع الجامعات والمنشآت العلمية . وهذا يستلزم وجود جهاز يضمن توحيد مثل هذا الشكل من أشكال البحوث والاستفادة منها في المجال الصناعي الدوائي .

- بحوث تطبيقية تنفيذية :

تقوم بها مصانع الدواء ولا يمكن لأى جهاز منفصل عن أجهزة التصنيع والانتاج القيام بها وحسن اداؤها وسرعة الوصول بها الى تطوير المنتجات وتحسينها ، والاستفادة من خلق أنواع نواتج جديدة بنفس الامكانيات وهذا النوع من البحوث هو الهدف الذي جعله قطاع الدواء أساسا لبدء نشاطه في البحوث الدوائية وقام بربطه بسائر أجهزة الدولة العلمية خارج المجال الصناعي الدوائي .

- البحوث الخاصة بتيسير وتطبيق التكنولوجيا الحديثة في انتاج الأشكال الصيدلانية وضمان ثبات العناصر الفعالة . ويعتبر هذا المجال من البحوث التطبيقية الأساسية الهامة .

ويمكن الاستفادة من البحوث والخبرات في الجامعات والمنشآت العلمية ، بمشاركة الأساتذة العاملين في الفروع التي تهتم بالصناعة الدوائية وذلك بالقاء المحاضرات والقيام بالاشراف على تدريب الفنيين . وهذا ما تتبعه الشركات العالمية التي سبقتنا في هذا المضمار ، كما انها تقوم بعمل عقود مع بعض الاساتذة التي ترى أنها قد تستفيد من ابحاثهم في المجال الذي يهتما وبذلك يمكن الاستفادة من ادخال البحوث الأكاديمية في المجال الصناعي ومشاركته لها المشاركة الفعالية التي تتفق مع طبيعة العمل . وبالنسبة للمعامل الحكومية فيمكن

* تركيز البحوث الدوائية فى الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية
وتدعيم إمكاناتها الفنية والبشرية ، وإن تقتصر البحوث داخل شركات
الأبوية على بحوث تطوير الانتاج والتكنولوجيا الصناعية .

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

الخدمات الطبية العاجلة واستراتيجيتها

تتمثل الخدمات الطبية العاجلة فى الاسعافات الضرورية الواجب
تقديمها فوراً لانقاذ حياة مريض أو مصاب فى خطر ، ويترتب على عدم
تقديمها أو التراخى فيها ، حدوث الوفاة أو المضاعفات الخطيرة ، أو
العاهات المستديمة .

وقد أجريت الدراسات اللازمة لتطوير هذه الخدمات فى مصر منذ
عام ١٩٧٦ وأنشئ مشروع استرشادى لهذا الغرض فى قطاع من
مدينة القاهرة وآخر فى مدينة الاسكندرية .

ومن أمثلة الحالات التى تتطلب هذه الخدمات : النزيف الناجم عن
اصابات الحوادث ، والفتق المختنق ، والصدمات الناتجة عن الحروق
وجلطة القلب ، والسوم ، وتتناول هذه الدراسة الاسعافات الأولية بوجه
عام ، وحالتين من الحالات التى تتطلب الخدمة الطبية العاجلة وهما :
السوم ، والحروق .

الاستفادة من بعض الخبرات الفنية بها نظراً لأن مهمتها تتعلق بتطبيق
المواصفات والمحافظة على المستوى العالمى بالنسبة لاساتير الأبوية
العالمية .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة وما جرى بالمجلس من مناقشات يوصى
بالآتى :

* وضع سياسة وخطة للبحوث الصحية يتولاها جهاز قومى تكون
له سلطة التنسيق والتمويل والتوجيه والمتابعة والتقويم لكافة البحوث فى
مختلف أجهزة التنفيذ .

* أن تتضمن الخطة البحثية أولوية للبحوث الصحية ذات الأهمية
القومية مثل : بحوث البلهارسيا والطفيليات والأمراض المتوطنة ، ومثل
البحوث التطبيقية فى مجال التصنيع الدوائى على أن يخصص لها
الجزء الأكبر من الاعتمادات المالية المخصصة للبحوث الصحية .

* وضع قواعد لادخال التكنولوجيا الملائمة فى قطاع الصحة كنوع
من الاستثمارات للعائد ، مع الاهتمام ببحوث التكلفة والعائد للتكنولوجيا
المستخدمة .

* الاهتمام بتمويل البحوث عن طريق نسبة مخصصة لها فى
ميزانية الدولة ، أو وضع حد أدنى لما يخصص للبحوث يتزايد باطراد
حسب الخطة البحثية .

* وضع نظام متكامل للمعلومات اللازمة للنشاط البحثى يضمن
توافر البيانات والاحصاءات والمراجع وتداولها بين هيئات البحث
والمشتغلين به .

* اعداد الكوادر العلمية المشتغلة بالبحوث الصحية وتوعيتها مالياً
وادبياً خاصة فى حالة التفرغ للبحث وتوفير البعثات والمنح وبرامج
التدريب وحضور المؤتمرات الدولية .

* إتاحة التيسيرات المالية والإدارية اللازمة للعمل البحثى ، وتطوير
اللوائح التى تشجع وتيسر احتياجاته من الأجهزة والمعدات اللازمة له .

الاسعافات الأولية العاجلة

بدأت هذه الخدمات في مصر بالعمل التطوعى الاختيارى منذ أوائل القرن العشرين ، حيث انشئت جمعية الاسعاف الدولية ، ثم توسعت في انشاء فروع لها بالاقاليم ، حتى ضمت الى وزارة الصحة سنة ١٩٦٦ ، فأصبحت مرفقا من مرافق الدولة ودعمت باحدث السيارات ، وأدخل بها نظام العمل باللاسلكى ، وافتتحت المدارس الخاصة بتخريج المسعفين المتقنين ، الى جانب مراكز التدريب وأحدث وسائل الاسعاف الطبى ، لتوصيل الخدمة الى كل مواطن اينما كان ، باعتبار الاسعاف « ضرورة من ضرورات الحياة » ويستلزم تقديم هذه الخدمة - ابتداء من موقع الحادثة - توافر عدة مكونات اهمها :

١ - وسائل الاتصالات :

وهى عصب الخدمة التى تحرك كافة الامكانيات ، وذلك عن طريق مايتى :

النداء الآلى : وهو المحرك الاساسى للأجهزة المعنية ويعتمد أساسا على الاتصال التليفونى بغرفة العمليات الرئيسية للخدمة ولذلك يجب ان يستمر توفير هذا الاتصال بكفاءة عالية ، وبواسطة رقم بسيط سهل الحفظ .

شبكة الاتصالات اللاسلكية : وفى هذا المجال تم تغطية القاهرة والاسكندرية بشبكة لاسلكية خاصة بالخدمات الطبية العاجلة ، تعمل على موجة متناهية القصر ، يمكن من خلالها : تحريك سيارات الاسعاف عن طريق غرفة عمليات رئيسية ، والاتصال بمستشفيات الحوادث ، والاتصال اللاسلكى بين سيارات الاسعاف والمستشفيات المتوجهة اليها ، كما يمكن نقل رسم القلب من سيارات الاسعاف الى المستشفى كما تم توفير اجهزة لاسلكية تعمل على شبكة النجدة لسيارات ونقط الاسعاف التى تعمل على الطرق السريعة فى الوجه البحرى وبعض محافظات الوجه القبلى .

٢ - وسائل النقل :

يجب ان يتم نقل المصاب او المريض بوسيلة سريعة ومريحة ، حتى

لا تزيد عملية النقل من آلامه أما الوسائل التى تستخدم فى الخدمات الطبية العاجلة فتتمثل فيما يأتى :

- سيارات الاسعاف : وتعتبر اهم وسائل النقل فى هذا المجال ، وقد وضعت لها مواصفات على احدث النظم التكنولوجية ، وهى موحدة بوجه عام ، فيما عدا بعض الاختلافات بالنسبة للسيارات التى تعمل فى المناطق الصحراوية والناحية .

وطبقا للمعدلات العالمية فانه يلزم لكل ٢٥ ألف مواطن سيارة اسعاف واحدة ، اما بالنسبة للمحافظات الصحراوية ومحافظات الحدود - حيث التجمعات السكانية الصغيرة - فيلزم تخصيص سيارة لكل ٥٠٠٠ مواطن . وتبعا لتعداد السكان المتوقع سنة ٢٠٠٠ وهو ٧٠ مليون نسمة فيلزم توفير ٢٨٠٠ سيارة ، يضاف اليها ٥٠٠ سيارة للمحافظات الصحراوية ولخدمة الطرق السريعة وبذلك يكون اجمالى العدد المطلوب هو ٣٣٠٠ سيارة اسعاف .

اما بالنسبة لعدد المسعفين فيبلغ ١٣٢٠٠ مسعف بافتراض ان المسعف سيعمل سائقا فى الوقت نفسه ، وان السيارة سوف تعمل بورتين .

ويجب ان يؤخذ فى الاعتبار - عند تحديد عدد وحجم السيارات - ظروف كل منطقة ، من حيث : توزيع السكان ومواقع عمل السيارات وتحركها ، وبيانات التشغيل ، وشبكات الطرق .

- الطائرات الهليكوبتر : ويستخدمها جميع الدول المتقدمة وكثير من دول العالم الثالث فى مجال الاسعافات الطبية ونظرا لارتفاع تكاليف تشغيلها ، فان معظم الدول تستخدمها بالتعاون والتنسيق مع القوات الجوية أو قوات الامن ، على أن يكون للخدمات الاسعافية الأولية فى تلبية النداء .

وفى مصر يلزم ادخال هذا النظام لخدمة حوادث الطرق السريعة والمناطق الصحراوية النائية ، والمناطق الجبلية فى سيناء والبحر الأحمر ، وكذلك فى حالات النقل الثانوى للمرضى من احد المستشفيات

الى مراكز العلاج المتخصصة .

- اللنشآت الاسعافية : وهى وسيلة هامة تلزم للعمل فى بعض محافظات الوجه القبلى ، حيث لا تيسر فى بعض المراكز وسائل الاتصال بين البر الشرقى والبر الغربى للنيل ، اذ يخلو أحد الجانبين - فى بعض الأحيان - من الوحدات الصحية القادرة على القيام بالخدمة الطبية المناسبة . ومن ثم ينبغى وجود لنشآت اسعافية مزودة بالتجهيزات الطبية اللازمة وبالأجهزة اللاسلكية ، للقيام بعمليات النقل بين الشاطئين ، حيث تكون سيارة الاسعاف فى انتظارها .

ومن ناحية أخرى - ومع تزايد الاهتمام بالسياحة النيلية - ينبغى انشاء نقط اسعاف نهريّة على امتداد مجرى النيل ، وتكون المسافة بين كل منها نحو ٢٠ كيلومترا .

٣- الخدمة داخل المستشفى :

من الضرورى استمرار تقديم الخدمة الطبية اللازمة للمريض او المصاب الذى يصل الى قسم الاستقبال ، لاستكمال العلاج الذى بدأ فى موقع الحادث ، ويستدعى ذلك تطوير أقسام الاستقبال بالمستشفيات من حيث وجود المكان الذى تتوافر فيه السيولة اللازمة لسرعة تقديم الخدمة ، وذلك بإنشاء مداخل خاصة لسيارات الاسعاف وأخرى للمشاة . وإعداد صالة للفرز وغرف للفحص وأخرى للعلاج وغيرها للملاحظة ، وغرف خاصة مجهزة للانعاش فى الحالات الحرجة ، وغرف للعمليات ، وما يلزم لذلك من معامل وأجهزة للأشعة وبنوك الدم الى جانب المقررات الواجب توافرها من تجهيزات ومعدات طبية ، مع إعداد القوى العاملة اللازمة اذ يعتبر قسم الاستقبال الحديث المتطور بمثابة مستشفى للحوادث يعمل على مدى اربع وعشرين ساعة ، ولا يتركه المريض الا بعد تمام الشفاء ، او استقرار الحالة ونقله الى داخل المستشفى .

٤- خدمات الاسعاف العاجلة على الطرق السريعة :

يجب تدعيم الطرق السريعة لمواجهة الحوادث عليها - بنقط

للاسعاف لزيادة المسافة بين كل منها عن ثلاثين كيلومترا ، مع تزويدها بما يأتى :

- سيارات اسعاف حديثة التجهيز ، يعمل عليها أفراد مدربين على تقديم الخدمات المطلوبة .

- شبكة لاسلكية لتلبية الخدمة فوراً ويستلزم ذلك وجود تليفونات اغاث على مسافات مناسبة .

- مجمعات للاغاث - وخاصة على الطرق الصحراوية - يتم انشاؤها بالتعاون مع وزارة الداخلية ، وتشمل : خدمات المرور ، والاغاث ، والتحويل والاسعاف الطبى . ويجرى العمل فى انشاء مجمعين من هذا النوع ، احدهما على طريق القاهرة الاسكندرية الصحراوى والاخر على طريق القاهرة الاسماعيلية الصحراوى .

٥- القوى العاملة فى مجال الخدمات الاسعافية :

يتطلب تطوير الخدمات الاسعافية ، اعداد وتدريب القوى العاملة فى هذا المجال ، وتوفير الاعداد اللازمة منها ، وذلك على النحو الآتى :

الاطباء : تجب العناية بإعداد الاطباء اللزمن للعمل فى ميدان الخدمات الاسعافية ، ويستدعى هذا العمل تحقيق ما يأتى :

- تدريس الخدمات الطبية العاجلة لطلبة كليات الطب وطلبة الدراسات العليا .

- إعداد دورات تدريبية للطلبة تتم فى سيارات الاسعاف أو أقسام الاستقبال بالمستشفيات .

- تدريس برامج خاصة عن الخدمات الطبية العاجلة لأطباء الامتياز طوال فترة تدريبهم .

- إعادة نظام الطبيب المقيم ، على أن يعمل لمدة ثلاثة أشهر على الأقل بأحد أقسام الاستقبال فى المستشفيات .

- توفير اطباء متفرغين للطوارئ ، يعملون فى مجال الخدمات الطبية العاجلة وإعداد فريق منهم للمشاركة فى العمل على سيارات الاسعاف المجهزة ، لضمان الرعاية الاساسية فى مكان الحادث وأثناء

العاجلة تجهز بكافة الوسائل التعليمية والتدريبية الحديثة وتلحق بها مكاتب تخصصية مزودة بالمراجع اللازمة .

- إعداد المدربين اللازمين لتلك المدارس ، سواء بالتدريب محليا ، أو عن طريق بعثات الى الخارج .

- ادخال مادة الاسعاف المتطور ضمن برامج كليات ومعاهد الشرطة حيث ان رجل الشرطة هو أول من يصل الى مكان الحادث ، ومن ثم يجب أن يكون على دراية بأسلوب تقديم الخدمة الطبية السريعة على أسس علمية سليمة .

٧- التنسيق بين الجهات المعنية :

ضرورة التنسيق بين أعمال كافة الجهات المعنية التي تعمل في مجال الخدمات الطبية العاجلة بصفة مباشرة أو غير مباشرة كوزارات الصحة والداخلية والنقل بما يحقق رفع كفاءة هذه الخدمات وتطويرها .

٨ - التسجيل والاحصاء :

يستدعى تطوير الخدمات الطبية العاجلة ، الاهتمام بأعمال التسجيل والبيانات والاحصاءات بأقسام استقبال الحوادث ، والحرص على صحتها وجديتها ، حتى تؤتى ثمرتها في بحوث التطوير الخاصة بهذا المجال .

٩ - الاعلام والتوعية :

لا شك أن الخدمات الطبية العاجلة ستزيد فاعليتها اذا زاد وعي الجماهير بأهميتها ، وذلك عن الطريق .

- توسيع نطاق الاعلام بها وبإمكاناتها المتاحة ، وكيفية الاستفادة منها .

- التوعية بأسباب وأغراض ووسائل علاج الأمراض الحادة والاصابات الطارئة .

- تشجيع التدخل المبكر بطريقة سليمة بهدف تقليل الوفيات ، والتخفيف من نسبة المضاعفات .

- التنبيه الى أهمية اعطاء اولوية المرور لسيارات الاسعاف .

النقل الى اقسام الاستقبال وخاصة في حالات الكوارث أو الاصابات الجماعية .

مشرفات التمريض والمرضيات : نظرا لأهمية الدور الذي تؤديه الخدمات التمريضية في هذا المجال ، ينبغي العناية بأعداد تدريب هذه الفئة ، وذلك عن طريق ما يأتي :

- ادخال برامج الرعاية الطبية العاجلة والطوارئ الصحية الجراحية والطبية في مناهج الدراسة بمدارس التمريض ومعاهده العليا سواء من الناحية النظرية أو العملية . مع دوام البرامج التدريبية .

المسعفين : وهم من أهم الفئات في اداء الخدمة الاسعافية ، ومن ثم تجب إعادة النظر في طريقة تأهيلهم وتدريبهم لرفع مستواهم الفني والعلمي ، وذلك على النحو الآتي :

- تطوير الدراسة بمدارس المسعفين التابعة لمديريات الصحة بالمحافظات ، ويتم ذلك بمعرفة لجنة متخصصة تشكل من اساتذة الجامعات والخبراء في هذا المجال ويكون من مهامها وضع البرامج العلمية الحديثة التي تكفل مستوى لائقا لخريجي هذه المدارس .

- انشاء شعبة للاسعاف الطبي بكل من المعاهد الفنية الصحية ، يلتحق بها الحاصلون على الثانوية العامة ، وخريجو مدارس المسعفين المتناوبون وذلك لتخريج مسعفين على مستوى عال (فنى طوارئ) .

- تدريب المسعفين على قيادة سيارات الاسعاف لتدارك النقص في عدد السائقين .

٦- التدريب على الخدمات الاسعافية :

يعتبر التدريب على هذه الخدمات عملا ضروريا ومستمر بالنسبة لجميع الفئات العاملة في ميدانها . ويوجد الآن سبعة مراكز التدريب في كل من القاهرة والاسكندرية وطنطا والمنصورة والزقازيق وأسيوط وقنا بالإضافة الى مراكز التدريب في بعض المستشفيات وفي هذا الاتجاه يجب العمل على ما يأتي :

- تغطية جميع المحافظات بمراكز التدريب على الخدمات الطبية

- تلقين تلاميذ المدارس مبادئ الاسعاف الأولية .

اقسام علاج السموم

يعتبر انقاذ حالات التسمم جزءا هاما من الخدمات الطبية العاجلة ولذلك يجب الاهتمام باانشاء اقسام متخصصة للسموم في المستشفيات العامة ويحتاج انشاء قسم للسموم الى توافر بنك للمعلومات ، ووحدة رعاية مركزة ، ومعمل خاص .

- بنك المعلومات :

ويمكن لبنك معلومات واحد - خاص بالسموم - خدمة أكثر من مدينة حيث يعطى الارشاد وطرق العلاج ومستلزماته ، لكل من يطلب منه العون ، سواء من الاطباء أو المستشفيات ، أو من الاهالي وينبغي ان يتوافر لمثل هذا البنك مايتأتى :

- المراجع العلمية الحديثة الدقيقة في مجال السموم .

- كمبيوتر لتخزين المعلومات .

- ميكروفيش يضم كل ما يستخدم بالبلاد من أدوية لها أثر سام على الانسان والحيوان .

- اطباء متخصصون يعملون طوال أربع وعشرين ساعة .

- ان يكون متصلا بشبكة الاتصالات السلكية واللاسلكية .

وقد تم انشاء بنك للمعلومات السموم في كلية طب عين شمس .

- وحدة الرعاية المركزة :

ويتم تجهيزها على غرار وحدات العناية المركزة بالنسبة للأمراض الأخرى مع الفوارق الآتية :

- يعمل بها اطباء معالجون ذوو خبرة خاصة في علاج حالات السموم .

- تضم وحدة كلى صناعية .

- تحول اليها الحالات الى تستدعى عناية خاصة ولا يمكن علاجها

في المستشفيات الأخرى .

ويجرى حاليا انشاء وحدة رعاية مركزة خاصة بالسموم في كلية طب عين شمس .

- معمل السموم :

ويختص بخدمة حالات السموم ، والكشف عن الحالات الغامضة مع الاتصال المباشر بالتلكس مع المراكز الدولية الهامة ، حيث يوجد نظام لولى خاص باقسام وتبادل المعلومات والنشرات .

الرعاية الطبية لاصابات الحروق

حقق علاج اصابات الحروق تقدما كبيرا على المستوى العالمى فوضعت أسس لدراسة هذه المشكلة ووسائل مواجهتها ، تبعا لما دلت عليه احصاءات الاصابات فى كل دولة ، وعلى ضوء امكانيات العلاج المتاحة لها .

وتشير الاحصاءات المتاحة فى مصر عن اصابات الحروق الى وجود مصاب بها بين كل ٩٠٠ فرد ، وهى نسبة عالية ، تفوق نسبة الوفيات نتيجة بعض الامراض الخطرة والمستعصية ومع ذلك لا توجد الا وحدتان لعلاج الحروق : وحدة بمستشفى جامعة الاسكندرية ، ووحدة القوات المسلحة بمستشفى الحمية ومازالت الاصابات تعالج بأسلوب غير متطور .

وتشكل الاسباب الفردية غالبية اصابات الحروق فى بلادنا اما حوادث المصانع والتجمعات فينتج عنها كوارث تفلب فيها الخسائر المادية على اصابات الأفراد .

ويوضح البيانان الواردان فى الصفحة التالية اسباب الحروق من واقع الحالات التى عولجت فى كل من مستشفى الحمية العسكرى ، ومستشفى هليوبوليس خلال فترة معينة .

أساليب الوقاية من الحروق :

وللتقليل من حوادث الحريق ومن ثم الاقلال من عدد المصابين ، ينبغي الأخذ بمستلزمات الأمن وتطبيق اجراءات الوقاية وتحقيق ذلك يلزم ما يأتى :

- دراسة احصائيات أسباب الحروق فى المناطق المختلفة .

- الاهتمام بالأمن الصناعى والعناية بالمواد المشتعلة ومولدات الطاقة صناعة وصيانة وخاصة ذات الاستعمال المنزلى ويستلزم ذلك :

أسباب الحروق في المصابين الذين عولجوا بمستشفى الحمية
العسكري العام خلال الفترة من ١٩٦٢ - ١٩٦٤

| النسبة المئوية لمساحة الاصابة | عدد الحالات | السلق | خلال اطفاء الحريق | اشتعال بنزين | وقود كيروسين | حريق كيميائي | حريق كهربائي |
|-------------------------------------|----------------|-------|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| أقل من ١٥ ٪ | ٣٦٨ | ٢٧٦ | ٧٩ | - | - | ٢٢ | ١ |
| أكثر من ١٥ ٪ | ١٤٠ | - | - | ٨٠ | ٥٩ | - | ١ |

أسباب الحروق في المصابين الذين عولجوا في مستشفى
هليوبوليس خلال الفترة من ١٩٦٢ - ١٩٦٤

| النسبة المئوية لمساحة الاصابة | عدد الحالات | انفجار في مصنع | موقد كيروسين | سلق | كيميائي | انفجار | أشعة |
|-------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------|-----|---------|--------|------|
| أقل من ١٥ ٪ | ٦٤ | ١٨ | ١٩ | ١٥ | - | - | ١ |
| أكثر من ١٥ ٪ | ٤٠ | ١٣ | ٢٤ | - | - | ٢ | ١ |

وكانت نسبة الوفيات في كلا المستشفيات ٢,٨ ٪ - غالبيتها في اصابات الانتحار وفي الحالات الأكثر من ٥٠ ٪ من مساحة الجسم .

× مطالبة الأجهزة التنفيذية بتنفيذ قوانين الامن الصناعى .

× توعية الافراد للأخذ بأسباب الوقاية عن طريق اجهزة الاعلام من

صحافة واذاعة .

- التأمين ضد الحرائق لاشراك شركات التأمين فى توفير وسائل

الوقاية منها فى الاماكن المؤمن عليها .

- ادخال نظام الانذار والاطفاء الآلى فى جميع المصانع

والمؤسسات وخصوصا الأكثر تعرضا لاحتمالات الحرائق .

انواع الاصابات :

تتنوع الاصابات التى تحدث نتيجة الحروق بين بسيطة ومتوسطة

وجسيمة ، وفيما يلى توضيح لكل منها :

- اصابات بسيطة : تصيب مساحة تقل عن ١٠ ٪ من مساحة

الجسم فى الكبار وعن ٥ ٪ فى الاطفال ، ولا تصيب الاجزاء الهامة من

الجسم والوجه ويمكن علاجها بواسطة طبيب ممارس عام ، او بواسطة

ممرضة مؤهلة فى العيادة الخارجية .

- اصابات متوسطة : وهى شديدة وتبلغ نسبة الإصابة بها ١٠ ٪

فى الكبار وه ٪ فى الاطفال وقد تصل الى ٥٠ ٪ من مساحة الجسم

كما تشمل الاصابات الاماكن الهامة من الجسم .

- اصابات جسيمة : وتعتبر ميؤوسا من شفاؤها وتصيب مساحة

تزيد عن ٥٠ ٪ من مساحة الجسم .

رعاية المصابين ونظم علاجهم :

ويمكن تقسيم الرعاية التى تقدم لمصاب الحروق الى المستويات

الآتية :

- علاج عام فى مستشفى غير تخصصى به تسهيلات لعزل

المصاب لوقايته من التلوث ، دون برنامج علاجى نمطى .

- علاج مركز لاصابة الحروق فى وحدة العناية المركزة ، دون برنامج

علاجى نمطى .

- علاج يتبع برنامجا علاجيا نمطيا فى مستشفى عام ولا توجد به

وحدة لعلاج الحروق .

- علاج فى وحدة الحروق .

- علاج فى مركز الحروق المتخصص .

نظم العلاج :

ويعتبر المستويان الأول والثانى مرحلة مؤقتة لحين تحويل المريض

لاحدى المراحل الثلاث التالية ، والمحددة طبقا للقواعد التنظيمية

الموضوعة للعلاج ، تبعا لعدد الحالات التى تحدث فى منطقة

المستشفى :

- برنامج علاجى نمطى ، تتبعه لجنة استشارية عليا تضم الخبرات

والأخصائيين وتتبع وزير الصحة ويوضع هذا البرنامج للمستشفى الذى

يستقبل خمسة وعشرين مصابا على الأقل ، وتختلف خطوات تنفيذ

باختلاف تسهيلات العلاج المتاحة فى كل مستشفى

- وحدة حروق منفصلة تحتوى على أربعة أسرة على الأقل تنشأ فى

المستشفى الذى يستقبل خمسا وثلاثين حالة سنويا على الأقل .

- مركز حروق تخصصى ، به ستة أسرة على الأقل وينشأ فى

الوحدات الصحية التى تستقبل أكثر من خمسين حالة سنويا ، ويجب أن

تتوفر فيه وسائل العلاج علاوة على تسهيلات البحوث والدراسة

والترتيب .

وتحتاج جميع اصابات الحروق - التى تستدعى دخول المستشفى -

لعلاج متخصص اذ ان المصاب يكون قد فقد جزءا من وظائف جلده

الوقائية والتنظيية متناسبا مع مساحة الإصابة يتسبب عنه تلوث

جرثومى ، وفقد السوائل الهامة فى جسده وجزءا كبيرا من التمثيل

الغذائى ، الأمر الذى يستدعى بذل جهد كبير بالتحكم فى هذه

المضاعفات واقامة المصاب فى المستشفى فترة ٤٥ يوما فى المتوسط

ويمكن علاج حوالى ٦٠ ٪ من عدد الاصابات بواسطة برنامج علاج

نمطى ، وعلاج الباقي فى وحدات أو مراكز حروق .

ويعتبر هذا التصنيف الثلاثى تطويرا للعلاج التخصصى لاصابات

الحروق ويستدعيه : تعداد التجمع السكانى ، وعدد الاصابات فى هذا

التجمع ، واحتياجات القائمين بالعلاج لهذا التطور بناء على الخبرة التى

معدلات القوى البشرية
التي تحتاجها وحدة أو مركز الحروق لكل عشرة أسرة
بمعدل أشغال ١٠٠ ٪

| تخصص كل الوقت | | | | | | | |
|---------------|-------|------------------|-------|--------------------|-------|---------|-------|
| الاطباء | العدد | التمريض | العدد | تخصصات اخرى | العدد | خدمات | العدد |
| اخصائى | ١ | رئيس تمريض | ١ | مساعد معمل | ١ | مراسلة | ١,٤ |
| مساعد أو نائب | ١ | مرضة مستوى حكيمة | ١٣ | تخصص خدمة اجتماعية | ١ | تومرجية | ١,٤ |
| طبيب مقيم | ١ | مرضة دبلوم | ٨ | | | سكرتيرة | ٢,٨ |
| | | عامل فنى حروق | ٤ | | | | |
| | | مساعد ممرضة | ٤ | | | | |

| تخصص بعض الوقت | | | | | | | | | |
|----------------|---|--------------------|---|----------|---|------------|---|-------------|---|
| تخصص تحت الطلب | | | | | | | | | |
| اخصائى تخدير | ١ | علاج العمل | ١ | صيدلى | ١ | طبيب أطفال | ١ | طبيب نفسانى | ١ |
| تغذية | ١ | حكيمة عمليات وخدمة | | طب طبيعى | ١ | طبيب امراض | | مدرس | ١ |
| مكروبيولوجى | ١ | لغرفة العمليات | ١ | | | باطنية | ١ | | |

يكتسبونهم من خلال علاجهم للاصابات علاجاً سليماً متكاملاً .

نظم وحدة علاج الحروق :

وينبغي ان يراعى عند انشاء وحدة علاج الحروق مايتى :

- حجم الوحدة : ويعتمد على احتياجات المنطقة ، ويعتبر انشاء الوحدة التى يقل عدد الأسرة فيها عن عشرة - غير اقتصادى . كما تصعب ادارة الوحدة التى يزيد عدد الأسرة فيها عن ثلاثين .
- نوع العمل : يختلف نوع العمل من وحدة لأخرى فهناك وحدات تخصص لعلاج حالات تزيد نسبة الاصابة فيها عن ٢٥ ٪ ووحدات تعالج جميع الحالات ، ووحدات لعلاج الأطفال .

- عدد الأخصائيين : ويتحدد عدد الأخصائيين اللذين لادارة الوحدة تبعاً لحجمها ، ويستطيع طبيب اخصائى ادارة وحدة تعالج خمسة عشر مصاباً فى وقت واحد ، ويمكن مضاعفة هذا العدد اذا وجد مساعد لذلك الطبيب .

التبعية : يجب ان تتبع وحدة الحروق المستشفى العام فى المنطقة ، ويعتمد عليها فى جميع الخدمات التى تحتاجها .

- المبنى : ينبغي ان يكون مبنى وحدة الحروق اوسع مما تستلزمه الحاجة الحاضرة ، وان يحتوى على قسم للعمليات خاص به وقاعة لاجتماع العاملين لاجراء المناقشات العلمية والعملية ومكان لراحتهم ، وأماكن للعزل والعناية المركزة والفيار ، والحمام .

أما مركز الحروق المتخصص فيجب ان ينشأ فى مستشفى تعليمى ، وعادة ما يكون تابعاً لاحدى كليات الطب ، ويعتبر تطويراً لوحدة الحروق ويكون حجمه خمسة عشر سريراً ، أو أضعافها .

التوصيات

وعلى ضوء العرض السابق ومادار فى المجلس من مناقشات - يوصى بما يأتى :

توصيات عامة :

* الاهتمام بالتسجيل والاحصاء فى جميع مراحل وحالات الخدمات

الطبية العاجلة ، وتجميع المعلومات فى مركز ينشأ بوزارة الصحة كبنك للمعلومات ، يعمل به أطباء متخصصون طوال اربع وعشرين ساعة ، ويكون متصلاً بشبكة الاتصالات لتقديم البيانات والارشادات الخاصة بمستلزمات العلاج فور طلبها .

* وضع نظام لجابية الكوارث والاحتياط منها قبل وقوعها - على غرار اجهزة الدفاع المدنى - واعداد الوسائل اللازمة لمواجهةها عند حدوثها .

* الاهتمام بموضوع نقل الدم وضرورة توافره ، حيث ان كثيراً من الحالات والحوادث تستلزم نقل الدم ومشتقاته وربط خدمات بنوك الدم بالخدمات الطبية العاجلة .

* انشاء دراسات عليا فى طب الطوارئ لمواجهة الحالات العاجلة والطارئة مثل حالات : التسمم والحرق ، والتى تتطلب علاجاً سريعاً .

* توسيع نطاق الاعلام بالخدمات الطبية العاجلة وكيفية الافادة منها ، والتوعية بأسباب واغراض ووسائل علاج الامراض الحادة ، والاصابات الطارئة وخاصة فى حالات التسمم والحرق .

فى مجال الاسعافات الاولى :

* ضرورة تغطية كافة انحاء الجمهورية بشبكة اتصالات خاصة بالاسعافات الطبية ، بحيث يتحقق الاتصال فى أية لحظة من وإلى غرفة العمليات الرئيسية الخاصة بالخدمات العاجلة فى جميع المحافظات ووحدات الخدمة من سيارات الاسعاف وأقسام الاستقبال بالمستشفيات ووحدات الاغاثة على الطرق الرئيسية .

* استكمال النقص فى عدد سيارات الاسعاف وتجهيزها وفقاً للمواصفات العلمية الحديثة وادخال نظام الاسعاف بطائرات الهليكوبتر وخاصة فى حوادث الطرق السريعة والمناطق النائية ، وكذلك خدمة اللنشآت الاسعافية وعلى الاخص فى المناطق السياحية ، مع العمل على إنشاء نقاط اسعاف نهرية على امتداد مجرى النيل ، كل ذلك فى اطار من التنسيق والتعاون بين جميع الجهات والأجهزة المختصة والمعنية .

* تطوير اقسام الاستقبال فى المستشفيات بحيث يكون كل قسم

الإطار العام لأستراتيجية القوى العاملة في مجال التمريض

تعتبر الممرضة عضوا رئيسيا في الفريق الصحي ، لما لها من دور هام في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين ، الى جانب مساهمتها في البرامج الصحية والوقائية والعلاجية . ومن هنا تتمثل أهمية التمريض فيما يقدمه من الرعاية اللازمة للأفراد أو الأسر أو المجتمعات المحلية ، ضمن الفريق الطبي ، بهدف المساعدة على تحسين مستوى الصحة للفرد والمجتمع ووقايته من الأمراض ، وتقليل نسبة العجز ، بجانب تقديم الرعاية التمريضية للمعوق والمريض . ومن ثم يعتبر التخطيط للقوى العاملة التمريضية جزءا أساسيا من التخطيط الصحي للبلاد ، وخاصة بعد نمو الوعي الصحي ، وتزايد اهتمام الدولة بتوفير الخدمات الطبية للمواطنين وظهور مجالات جديدة للتمريض مثل رعاية كبار السن ، والخدمة التمريضية المنزلية ، والتمريض الوقائي ، وتمريض ورعاية الأطفال . مما يستدعي تحديث مناهج التأهيل وبرامج التدريب في هذا المجال .

الأوضاع الراهنة :

تعانى مصر من نقص أعداد العمالة التمريضية وسوء توزيعها وانخفاض مستوى التعليم والتدريب خصوصا في الوظائف الاشرافية

بمثابة مستشفى للحوادث وتزويده بكافة الاحتياجات من التجهيزات الطبية التي تكفل سرعة وكفاءة تقديم الخدمة العلاجية .

* اعداد وتوفير الكوادر الفنية بجميع فئاتها من اطباء وهيئات تمريض ومسعفين ، للقيام بالخدمات الاسعافية مع اعداد فريق من اطباء الطوارئ. يشارك بعضهم في العمل على سيارات الاسعاف ، واستمرار التدريب المتطور لجميع هذه الفئات .

مع النظر في تدريس الخدمات الطبية العاجلة بانواعها ضمن برامج كليات الطب ودراساتها العليا ، وكذلك في كليات الشرطة .

في مجال السموم :

* العمل على انشاء وحدات رعاية مركزه خاصه بالسموم لتحويل اليها الحالات التي تستدعي عناية خاصة ولا يمكن علاجها في المستشفيات الأخرى . وفي هذا المجال ينبغي الاسراع في اتمام انشاء قسم السموم في كلية طب عين شمس مع وضع خطة لربطه لاسلكيا بكافة المحافظات .

* اجراء الدراسات اللازمة لانشاء معمل للسموم ، لخدمة حالات التسمم والكشف عن الحالات الغامضة . على ان يكون له اتصال مباشر عن طريق التلكس مع المراكز الدولية الهامة لتبادل المعلومات والنشرات .

في مجال الحروق :

* توفير مستلزمات الأمن وتطوير اجراءات الوقاية من الحريق ، والعمل على تطبيقها في مختلف البيئات بكل حزم واصدار التشريعات الملزمة للتأمين ضد الحرائق . مع دراسة انشاء مخارج خاصة بالمباني يمكن اللجوء اليها عند حدوث الحرائق .

* وضع خطة لانشاء مراكز لعلاج الحروق يكون توزيعها على النحو التالي :

مركزين بالقاهرة ومركز بكل من : الاسكندرية وطنطا والمنصورة وأسيوط ، وامدادها بالأفراد اللازمين لتنفيذ البرامج العلاجية النمطية ، على ان تتبع هذه المراكز الجامعات او المستشفيات التعليمية كل في منطقتها .

والقيادية والتخصصية ويرجع ذلك الى مجموعة من العوامل ، يتلخص اهمها فيما يأتى :

- عدم الاقبال على مهنة التمريض : ويرجع ذلك الى نظرة المجتمع للممرضة وضعف الأجور والحوافز بالنسبة لطبيعة هذا العمل ، وزيادة الأعباء على الممرضات داخل الوحدات الصحية وخاصة بالمستشفيات . مما دفع كثيرات منهن - وعلى الأخص القيادات التمريضية والمدرسات - الى العمل فى الخارج وبالمستشفيات الخاصة .

- ضعف مستوى العمالة التمريضية : ويرجع ذلك الى ضعف مستوى تعليم واعداد طالبات التمريض وعدم الاهتمام بالتدريب المستمر اثناء الدراسة وبعد التخرج ونقص الامكانيات والأجهزة الضرورية التى تيسر للممرضة اداء مهماتها ، ونقص الانشاءات المناسبة لهذه النوعية من الدراسة .

- مشكلات التنظيم وزيادة الواجبات : ويتمثل ذلك فى : تحمل الممرضات مسئولية جميع العهد ومسئولية فقدها او تلفها وتكليف افراد هيئة التمريض بخدمات معاونة مثل التغذية والأعمال الفندقية ، وعدم اعطاء رئيسات التمريض السلطات الكافية التى تتواءم مع مسئولياتهن .

- قصور الخدمات والتسهيلات : ويتمثل فى : عدم وجود رعاية طبية مجانية مناسبة لهيئات التمريض وطالباته ، وندرة دور الحضانه التى تعمل ليلا نهارا لايواء أبنائهن مما ادى الى ارتفاع نسبة غياب الامهات وزيادة الأعباء على الأخريات ، وعدم توفير السكن لاقامة الممرضات المغتربات أو تدبير أماكن مناسبة للراحة بوجه عام .

حصر القوى العاملة التمريضية وتوزيعها :

وقد اجريت دراسة لحصر هذه القوى العاملة باستخدام البيانات المجمعة عن طريق المديرية الصحية والمؤسسات والجامعات فى جميع محافظات الجمهورية عن العمالة التمريضية الموجودة بالخدمة فى النصف الأخير من عام ١٩٧٩ وصممت لهذا الغرض استمارات خاصة

لجمع بيانات عن أفراد هيئة التمريض حسب نوعية المؤهل لكل نوعية من الخدمة الصحية ، وشمل الحصر الجهات الآتية :

- × الوحدات الصحية بجميع قطاعات وزارة الصحة .
- × المستشفيات التابعة لهيئة المعاهد والمستشفيات التعليمية .
- × المستشفيات الجامعية .
- × المستشفيات التابعة للمؤسسات العلاجية بالقاهرة والاسكندرية .
- × مستشفيات الوزارات والهيئات الأخرى .

ولم تشمل هذه الدراسة القوى العاملة التمريضية بمستشفيات القوات المسلحة ، ومستشفيات القطاع الخاص ، لتعذر الحصول على بياناتها . كما لم تشمل الاعارات والاجازات الخاصة .

نتائج الدراسة :

ويتلخص هذه الدراسة فى مجموعة من النتائج ، فيما يلى عرض لأهمها :

الحصر الإجمالى : بلغ اجمالى افراد هيئة التمريض فى سنة الحصر ١٩٧٩ على مستوى الجمهورية ٣٤٥٩٠ ، يعمل منهن بوزارة الصحة ٢٦٨٤٠ بنسبة قدرها ٧٧.٦ ٪ ، وفى الجامعات ٢٩٧٣ بنسبة قدرها ١١.٥ ٪ وتدرج النسبة حتى تصل الى ٠.٩ ٪ للفئات العاملة بالوزارات والجهات الأخرى .

وتتوزع الممرضات فى قطاعات وزارة الصحة على النحو الآتى : القطاع العلاجى ١١٤٠٩ بنسبة ٤٢.٥ ٪ ، وبالقطاع القروى ٧٧١٢ بنسبة ٢٨.٧ ٪ ، وبالقطاع الوقائى ٦٨٦٧ بنسبة ٢٥.٦ ٪ ، اما بقية عدد ممرضات وزارة الصحة وهو ٨٥٢ ممرضة بنسبة ٢.٢ ٪ فمنهن العاملات بالقطاعات الأخرى ، ويشمل بعض العاملات بالوظائف القيادية والإشرافية والتدريس .

فئات التمريض : وتنقسم القوى العاملة التمريضية الى المستويات الآتية :

حيث يصل الى ٢٨.٣٥ تليها محافظة البحر الاحمر حيث يصل الى ١٧.٥ ثم محافظة السويس اذ يبلغ ١٦.٧١ فالوادي الجديد ١٤.١٨ ثم الاسكندرية ١٣.٤ تليها محافظة الاسماعيلية ١٢.٦١ فمحافظة القاهرة ١٢.٣٤ وقد بلغ هذا المعدل ادناه فى : محافظة سوهاج ٤.٠٠ ، تليها محافظة قنا ٣.٤٧ ... مما يوضح سوء توزيع العمالة التمريضية على مستوى المحافظات .

مؤشرات نتائج الدراسة :

ويتضح من نتائج الدراسة عدد من المؤشرات اهمها :

- ان معظم القوى التمريضية تعمل فى وحدات الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة بنسبة تبلغ حوالى ٧٨ ٪ من اجمالى الموجود بالجمهورية ، يعمل منهم فى قطاع الخدمات الوقائية والقروية ما يقرب من ٥٧.٥ ٪ .

- ان نسبة توزيع ممرضات المستوى الأول الى المستوى الثانى غيرمتوازنة اذ وصلت فى هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية الى ٧ ٪ من اجمالى الموجود بها ، تليها المؤسسة العلاجية حيث تبلغ ٦.٧ ٪ ، اما أقل نسبة فتوجد بوزارة الصحة حيث بلغت ١ ٪ من اجمالى الممرضات العاملات بالوزارة .

- لا يوجد توازن - على المستوى القومى - بين نسبة الممرضات من خريجات معاهد التمريض وخريجات مدارس التمريض ، اذ تبلغ ١٧:١ بينما المفروض ان تكون ١ : ٥ ويوضح هذا الواقع اسباب النقص الشديد فى القيادات والوظائف الاشرافية ، وهى نوعية لازمة للإشراف على المستويات الأدنى وتدريبها وتعليمها .

- تشير المقارنة بين عدد الأطباء والممرضات بوزارة الصحة ، الى عدم التوازن بين النوعيتين ، اذ المفروض ان تزيد نسبة الممرضات الى الأطباء ، على اساس ان خدمات الرعاية الصحية يقوم بها : المساعدون الفنيون والممرضات يليهن الأطباء فى تدرج هرمى مناسب ، تبعاً

المستوى الأول : ويشمل الممرضات المؤهلات تأهيلاً عالياً بعد الثانوية العامة ، أى الحاصلات على بكالوريوس التمريض أو خريجات شعبة التمريض بالمعاهد الفنية الصحية .

المستوى الثانى أ : ويشمل الحاصلات على دبلوم أو شهادة بعد الإعدادية ، وهن خريجات المدارس الثانوية الفنية للتمريض وخريجات مدارس النظام القديم ، والراهبات .

المستوى الثانى ب : ويشمل المساعدات ، وهن خريجات مدارس مساعدات الممرضات ومساعدات المولدات .

ويبلغ مجموع ممرضات المستوى الأول ٦٦٤ ممرضة بنسبة ١.٩ ٪ من اجمالى الموجود بالجمهورية ، ومجموع ممرضات المستوى الثانى «أ» ٢١٢٨١ بنسبة ٦١.٥ ٪ ، أما مجموع عدد مساعدات الممرضات ومساعدات المولدات من المستوى الثانى « ب » فيبلغ ١٢٦٤٥ بنسبة ٣٦.٦ ٪ .

توزيعها النسبى : ويشير التوزيع النسبى لهذه الفئات حسب قطاعات الخدمة الى مايتى :

بلغت أعلى نسبة لممرضات المستوى الأول ٧ ٪ من مجموع العاملين بهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية تليها المؤسسة العلاجية بنسبة ٦.٧ ٪ ثم الجامعات بنسبة ٤.٢ ٪ ، أما أقل نسبة فتوجد فى وزارة الصحة حيث بلغت ١ ٪ .

معدل الممرضات الى الأطباء : بلغ عدد الأطباء البشريين وأطباء الأسنان المسجلين بعد عام ١٩٧٨ بوزارة الصحة ٤٤٥١٩ ، فى حين بلغ عدد الممرضات ٥٠٢٢٣ أى أن نسبة الممرضات الى الأطباء تبلغ ١ : ١ تقريباً .

معدل الممرضات الى السكان : بينما وصل معدل الممرضات الى السكان فى بعض الدول الى أكثر من ٤٠ ممرضة لكل ١٠.٠٠٠ ، نجده لا يزيد فى مصر عن ٨.٧٤ لكل ١٠.٠٠٠ ويبلغ اقصاه فى بور سعيد

للاحتياجات الصحية والموارد المتاحة .

وإذا استمر المعدل الحالى للتخريج وهو : ٤٥٠٠ فأكثر للأطباء ،
٣٥٠٠ للممرضات فمن المتوقع أن تتزايد نسبة الأطباء الى الممرضات
بصفة مستمرة ، مما يؤثر فى كفاءة العمل الصحى .

الاحتياجات اللازم توافرها

من القوى العاملة التمريضية حتى عام ٢٠٠٠

أولا : تقدير الزيادة والنقص فى أعداد هيئة التمريض :

من المفروض ان تتوافر ممرضة من المستوى الأول لكل ٥٠٠٠ من
السكان ، وممرضة من المستوى الثانى « أ » و « ب » لكل ألف من
السكان وعلى هذا الاساس يظهر من واقع بيانات ١٩٧٩ ان هناك
نقصا يبلغ ١٢٨٨٢ بالنسبة لمجموع عدد الممرضات .

اما بالنسبة للمحافظة فيتبين من الجدول المبين على الصفحة التالية
ان النقص يصل الى ادناه فى محافظة سوهاج اذ يبلغ ١٦٦٠ ممرضة
تليها محافظة قنا حيث يبلغ النقص فى اعدادهن الى ١٥٦١ .

اما من ناحية الزيادة فتظهر فى ثمان من المحافظات وهى بالترتيب
محافظة بورسعيد وتبلغ فيها الزيادة ٤٥٦ ممرضة ، والاسكندرية بزيادة
قدرها ٣٤٨ ، والقاهرة بمقدار ١٨٤ ، والسويس حيث تبلغ الزيادة ٩٩
ممرضة اما المحافظات الاربع الباقية وهى : بنى سويف ، والبحر
الأحمر ، والاسماعيلية ، والوادى الجديد ، فتتراوح الزيادة فيها ما بين
٢٠ وأربعين ممرضة .

ويلاحظ ان الزيادة فى هذه المحافظات لا تعنى ان هناك اكتفاء فى
أعداد الممرضات الحاليات فمحافظة القاهرة لا تكتفى بعلاج سكانها ،
بل تعالج بها اعداد كبيرة تفد اليها من مختلف المحافظات ، كما أن
محافظة البحر الأحمر والوادى الجديد تغطيان مساحات شاسعة من
الأرض تنتشر فيها وحدات الخدمات الصحية ، مما يؤخذ فى الحسبان
بأن اعتبار لعدد السكان .

ثانيا : الفروض المستخدمة فى تقدير الاحتياجات :

وقد استخدم فى تقدير الاحتياجات اللازمة من القوى العاملة
التمريضية حتى عام ٢٠٠٠ ثلاثة فروض لاسقاطات اعداد السكان
وضعت بمعرفة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء فى
١٩٧٩/١٠/٩ مع استبعاد نسبة ٣.٥ ٪ تمثل الموجودين بالخارج .

وفيما يلى عرض لهذه الفروض :

الفرض الأول : ثبات معدل الوفيات حتى عام ٢٠٠٠ ، بالنسبة
للوضع القائم عام ١٩٧٥ . وهو ١٢.٢ فى الألف وقصر الخصوبة على
طفلين للأسرة .

الفرض الثانى : ثبات معدل الوفيات على الوجه السابق ، وقصر
الخصوبة على ثلاثة اطفال للأسرة .

الفرض الثالث : ثبات معدل الوفيات على الوجه السابق ، وقصر
الخصوبة على اربعة اطفال للأسرة .

اما تقدير الاحتياجات على مستوى المحافظات ، فقد استخدم
التوزيع النسبى لسكانها عام ١٩٧٩ لتقدير اعداد السكان لسنوات
خمسية حتى عام ٢٠٠٠ ، مع افتراض ثبات معدل الهجرة الداخلية .

ثالثا : الاحتياجات اللازم توافرها من القوى العاملة
التمريضية حتى عام ٢٠٠٠ :

يوضح الجدول الوارد فى ص ١٥٧ الأعداد اللازم توافرها من
افراد هيئة التمريض لسنوات خمسية حتى عام ٢٠٠٠ حسب الفروض
الثلاث للخصوبة ، مع ثبات معدل الوفيات ، وعلى اساس توافر ممرضة
من المستوى الأول لكل ٥٠٠٠ من السكان ، وممرضة من المستوى الثانى
لكل ١٠٠٠ من السكان .

كما يبين من هذا الجدول ان اجمالى عدد الممرضات الواجب توافره
حتى عام ٢٠٠٠ حسب كل فرض من الفروض الثلاثة على حدة هو :
٦٩.١٩ ممرضة حسب الفرض الأول .

تقدير الزيادة والنقص في أعداد هيئة التمريض
لكل محافظة حسب تعداد السكان لعام ١٩٧٩

| المحافظة | تعداد السكان عام ٧٩ بالآلاف | الاعداد المطلوبة من المستوى الأول | الاعداد المطلوبة من المستوى الثاني | الاجمالي | اعداد الممرضات الموجودين بالخدمة | النقص أو الزيادة |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|----------|--|------------------|
| القاهرة | ٥٤١٤ | ١٠٨٣ | ٥٤١٤ | ٦٤٩٧ | ٦٦٨١ | ١٨٤ + |
| اسكندرية | ٢٤٦٩ | ٤٩٤ | ٢٤٦٩ | ٢٩٦٣ | ٣٣١١ | ٣٤٨ + |
| بور سعيد | ٢٧٩ | ٥٦ | ٢٧٩ | ٣٣٥ | ٧٩١ | ٤٥٦ + |
| السويس | ٢١٠ | ٤٢ | ٢١٠ | ٢٥٢ | ٣٥١ | ٩٩ + |
| الاسماعيلية | ٣٨٣ | ٧٧ | ٣٨٣ | ٤٦٠ | ٤٨٣ | ٢٣ + |
| دمياط | ٥٩٩ | ١٢٠ | ٥٩٩ | ٧١٩ | ٥٧٨ | ١٤١ - |
| الدقهلية | ٢٩٤٢ | ٥٨٨ | ٢٩ - ٤٢ | ٣٥٣٠ | ٢١٥٥ | ١٣٧٥ - |
| الشرقية | ٢٨٢٠ | ٥٦٤ | ٢٨٢٠ | ٣٣٨٤ | ٢٢٦٢ | ١١٢٢ - |
| القليوبية | ١٨٠٨ | ٣٦٢ | ١٨٠٨ | ٢١٧٠ | ١٤٦٧ | ٧٠٣ - |
| كفر الشيخ | ١٥١٢ | ٣٠٢ | ١٥١٢ | ١٨١٤ | ١٠٩٠ | ٧٢٤ - |
| الغربية | ٢٤٥٦ | ٤٩١ | ٢٤٥٦ | ٢٩٤٧ | ٢٧٦٢ | ١٨٥ - |
| المنوفية | ١٨٣٥ | ٣٦٧ | ١٨٣٥ | ٢٢٠٢ | ١٥٣٥ | ٦٦٧ - |
| البحيرة | ٢٧١٩ | ٥٤٤ | ٢٧١٩ | ٣٢٦٣ | ١٨٣١ | ١٤٣٢ - |
| الجيزة | ٢٦١٠ | ٥٢٢ | ٢٦١٠ | ٣١٣٢ | ١٧١٤ | ١٤١٨ - |
| بنى سويف | ١١٦٩ | ٢٣٩ | ١١٦٩ | ١٤٣٥ | ١٤٥٧ | ٤٠ + |
| الفيوم | ١٢٣٥ | ٢٤٧ | ١٢٣٥ | ١٤٨٢ | ٩٦١ | ٥٢١ - |
| المنيا | ٢٢٣٢ | ٤٤٦ | ٢٢٣٢ | ٢٦٧٨ | ١٣٢٢ | ١٣٥٦ - |
| اسيوط | ١٨٣٠ | ٣٦٦ | ١٨٣٠ | ٢١٩٦ | ١٤٥٥ | ٧٤١ - |
| سوهاج | ٢٠٧١ | ٤١٥ | ٢٠٧١ | ٢٤٩١ | ٨٣١ | ١١١٠ - |
| قنا | ١٨٣١ | ٣٩٦ | ١٨٣١ | ٢١٩٧ | ٦٣٦ | ١٥٦١ - |
| اسوان | ٦٦٦ | ١٣٣ | ٦٦٦ | ٧٩٩ | ٣٩٦ | ٤٠٣ - |
| مطروح | ١٢٨ | ٢٦ | ١٢٨ | ١٥٤ | ١٢١ | ٣٣ - |
| الوادى الجديد | ٩١ | ١٨ | ٩١ | ١٠٩ | ١٢٩ | ٢٠ + |
| البحر الاحمر | ٦٠ | ١٢ | ٦٠ | ٧٢ | ١٠٥ | ٣٣ + |
| سيناء | ١٥٩ | ٣٢ | ١٥٩ | ١٩١ | ١٤٨ | ٤٣ + |

الاحتياجات اللازمة توافرها من هيئة التمريض
حسب الفروض الثلاثة للخصوية
١٩٨٠ - ٢٠٠٠

| ٢٠٠٠ | ١٩٩٥ | ١٩٩٠ | ١٩٨٥ | ١٩٨٠ | فرض الخصوية |
|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------|
| ٥٧٥١٦ | ٥٤٦٤١ | ٥٠٨١٢ | ٤٦٢٠٦ | ٤١٢٠٨ | الفرض الأول |
| ١١٥٠٣ | ١٠٩٢٨ | ١٠١٦٥ | ٩٢٤١ | ٨٢٤٢ | تعداد السكان بالآلاف |
| ٥٧٥١٦ | ٥٤٦٤١ | ٥٠٨١٢ | ٤٦٢٠٦ | ٤١٢٠٨ | المرضات المستوى الأول |
| | | | | | المرضات المستوى الثاني |
| ٦٩٠١٩ | ٦٥٥٦٩ | ٦٠٩٧٧ | ٥٥٤٤٧ | ٤٩٤٥٠ | الاجمالي |
| ٦٢٩٧٦ | ٥٧٦٨١ | ٥٢٢٠٦ | ٤٦٦٨١ | ٤١٢٠٨ | الفرض الثاني |
| ١٢٥٩٦ | ١١٥٣٦ | ١٠٤٤١ | ٩٣٣٧ | ٨٢٤٢ | تعداد السكان بالآلاف |
| ٦٢٩٧٦ | ٥٧٦٨١ | ٥٢٢٠٦ | ٤٦٦٨١ | ٤١٢٠٨ | المرضات المستوى الأول |
| | | | | | المرضات المستوى الثاني |
| ٧٥٥٧٢ | ٦٩٢١٧ | ٦٣٦٤٧ | ٥٦٠١٨ | ٤٩٤٥٠ | الاجمالي |
| ٦٨٣٨٦ | ٦٠٦٤٤ | ٥٣٦٠٤ | ٤٧١٤٠ | ٤١٢٠٨ | الفرض الثالث |
| ١٣٦٧٧ | ١٢١٣٠ | ١٠٧٢١ | ٩٤٢٨ | ٨٢٤٢ | تعداد السكان بالآلاف |
| ٦٨٣٨٦ | ٦٠٦٤٤ | ٥٣٦٠٤ | ٤٧١٤٠ | ٤١٢٠٨ | المرضات المستوى الأول |
| | | | | | المرضات المستوى الثاني |
| ٨٢٠٦٣ | ٧٢٧٧٤ | ٦٤٣٢٥ | ٥٦٥٦٨ | ٤٩٤٥٠ | الاجمالي |

* استبعدت نسبة ٣,٥ ٪ وهم الموجودون خارج الجمهورية

المستوى الثانى « أ » ثم ضمهم الى المستوى الأول ، حتى يتيسر الوصول الى النسبة المطلوبة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة وما دار فى المجلس من مناقشات يوصى بما يأتى :

أولا : توصيات بمقترحات يمكن تنفيذها من الآن دون أعباء اضافية وفى حدود الامكانيات المتاحة :

* الاهتمام بتنقيف طالبات معاهد ومدارس التمريض من النواحي الدينية والاجتماعية مع تدعيم الأنشطة الثقافية والرياضية أثناء مدة الدراسة .

* تكثيف الرعاية الصحية للطالبات والعاملات فى حقل التمريض ، واجراء كشف دورى كل ستة شهور بالنسبة للجميع يثبت فى بطاقة صحية خاصة ، الى جانب عمل بطاقة تأمين صحى لكل منهن ، تسمح بالعلاج والرعاية أثناء المرض والتعويض فى حالة العجز

* العمل على تشكيل اتحاد عام لجميع طالبات مدارس التمريض .
وانشاء نقابة لهيئة التمريض تعمل على رفع المستوى العلمى والعملى للمهنة ، على ان تلحق مستقبلا باتحاد نقابات المهن الطبية .

* وضع سلطات محددة لرئيسة هيئة التمريض بالمستشفى تتناسب مع المسؤوليات الملقاة عليها حتى تتمكن من اداء عملها واشراك رئيسات الاقسام فى التوجيه والاشراف على الطالبات أثناء الدراسة العملية والنظرية ، على أن تحضر المشتركات اجتماعات دورية مع المسؤولين بمدارس التمريض .

* اقامة حفل تكريم كل عام للممرضة المثالية على مستوى الجمهورية ، ومنح الأوسمة للممرضات اللاتي ادين خدمات جليلة أثناء عملهن ، ومنح الجوائز التشجيعية لأوائل الخريجات من أوائل مدارس الممرضات على مستوى المحافظات .

٧٥٥٧٢ ممرضة حسب الفرض الثانى .

٨٢٠٦٣ ممرضة حسب الفرض الثالث .

وإذا اخذ فى الاعتبار ان الفرض الثانى - معدل وفيات ١٢.٢ ٪
وخصوية ثلاثة اطفال للأسرة - هو اكثر الفروض واقعية فان التدرج فى الاعداد الواجب توافرها حتى سنة ٢٠٠٠ ، يظهر على النحو التالى :
تدرج الاحتياجات لسنوات خمسية حتى عام ٢٠٠٠

| السنة | الاحتياجات الفعلية | التدرج فى الاعداد الواجب توافرها |
|-------|--------------------|----------------------------------|
| ١٩٨٠ | ٤٩٤٥٠ | ٣٦٠٠٠ |
| ١٩٨٥ | ٥٦٠١٨ | ٤٦٠٠٠ |
| ١٩٩٠ | ٦٢٦٤٧ | ٥٦٠٠٠ |
| ١٩٩٥ | ٦٩٢١٧ | ٦٦٠٠٠ |
| ٢٠٠٠ | ٧٥٥٧٢ | ٧٥٥٧٢ |

دلالة البيانات :

وتوضح البيانات والاحصاءات السابقة مجموعة من الدلالات اهمها :

- يتعين تخريج ٢٠٠٠ ممرضة كل عام حتى سنة ٢٠٠٠ لكى نصل الى سد الاحتياجات الفعلية بمعدل ١٢ ممرضة لكل ١٠.٠٠٠ من السكان .

- يمكن الوصول الى معدل ١٤ أو ١٥ أو ١٧ ممرضة لكل ١٠.٠٠٠ عام ٢٠٠٠ ، نظرا لأن عدد خريجات المدارس الثانوية الفنية للتمريض ، يصل حاليا الى ٣٥٠٠ ممرضة .

- ينبغى ان تكون نسبة ممرضات المستوى الأول الى المستوى الثانى ٥:١ ، مما يستدعى الاهتمام باعداد وتدريب الممرضات حسب الاحتياجات الفعلية للخدمات الصحية .

يجب ان تصل نسبة ممرضات المستوى الأول من مجموع عدد الممرضات على المستوى الجمهورية الى ٢٠ ٪ ، بينما هى الآن ٢ ٪ فقط ويمكن للهيئات والجهات المعنية ان تقوم باعداد وتدريب مجموعات من

ثانيا : توصيات عامة :

ينبغي العمل على تغيير نظرة المجتمع للمرضية وتشجيع الالتحاق بمدارس ومعاهد التمريض وذلك عن طريق الاجراءات الاتية :

- ان تهتم أجهزة الاعلام بابرار العمل الانساني الذي تقوم به المرضية . ويث روح الاحترام والتقدير لرسالة التمريض .

- ان تنظم برامج دعاية سنوية - بمعرفة معاهد ومدارس التمريض والجهات المعنية - للتعريف بمهنة التمريض ، والحوافز والمميزات التي تمنح للممرضات وطالبات معاهد ومدارس التمريض .

- تحسين المستوى المادى والاجتماعى لهيئة التمريض ، وتعويضهن عن الجهود غير العادية وساعات العمل الاضافية مع تحسين ظروف العمل والمعيشة للمقتربات منهن .

ثالثا : فى مجال التخطيط لتوفير الاحتياجات من هيئة التمريض :

* وضع سياسة عامة تحدد الانماط اللازمة من العاملين بالفريق الصحى ، و النسب التي تجب مراعاتها بين فئاته ، مع عدم الاخلال بالتناسب الهرمى اللازم لحسن سير العمل .

* دراسة وتقييم العوامل التي تؤثر فى تقدير الاحتياجات الواقعية فى مجال التمريض كما وكيفا ، ويلزم أن تقوم هيئة او مؤسسة بعمل دراسة لتقدير احتياجاتها من الأعداد اللازمة من كل مستوى من مستويات التمريض ، على ضوء الموجود بها .

مع ربط سياسة تعليم التمريض بالاحتياجات الفعلية للخدمات الصحية على المستوى المحلى

* زيادة عدد معاهد التمريض ، وعدد شعب التمريض بالمعاهد الفنية الصحية وانشاء معهد عال للتمريض بكل جامعة ، لمواجهة النقص فى عدد ممرضات المستوى الأول .

* النظر فى انشاء مدارس أو شعب تمريض للرجال ، لسد النقص فى أعمال التمريض وفى التخصصات التي تستدعى - او يفضل - ان يقوم بها ممرضون من الرجال .

رابعا : فى مجال رفع مستوى التعليم والتدريب :

* الاهتمام باختيار وإعداد الممرضات ، لتحمل المسؤوليات المطلوبة منهن ، وتدريبهن اثناء الدراسة فى وحدات الرعاية الصحية الاساسية بالريف والحضر ، وان يقمن بعد التخرج بممارسة التمريض الاساسى فى وحدات الخدمة . على ان يتم التدرج فى وظائف التمريض التخصصى عن طريق التدريب والتعليم المستمر ، الذى يجب ان يشمل جميع المستويات وخاصة فئة مساعدات الممرضات ، وممرضات الثانوى الفنى ، وذلك لإعداد القيادات والمدربات .

* تطوير المناهج النظرية ، وزيادة الاهتمام ببرامج التدريب العملى داخل المستشفيات ودراسة إمكان العودة الى نظام المبيت فى مدارس التمريض ، مع التوسع فى مجالات الخدمة لممرضات الصحة العامة ، لتشمل كافة احتياجات المجتمع ، مثل : التمريض المنزلى ، ورعاية الطفولة والأمومة .

* انشاء مراكز تدريب للتمريض فى كل محافظة وذلك لتدريب المستجيدات وتحسين مستوى أداء الممرضات العاملات .

* التوسع فى إيفاد البعثات الى الخارج ، سواء كانت بعثات علمية او تدريبية ، مع التوسع فى اشراكهن فى المؤتمرات الدولية والاقليمية ، وذلك للتعرف على الحديث والمتطور فى مجال التمريض .

خامسا : فى مجال تحديد المسؤوليات والواجبات :

* قصر عمل الممرضات على خدمات التمريض ، واعفائهن من الأعمال الأخرى مثل : التنفيذ ، والأعمال الفندقية ، والعهد ، والأعمال المكتبية ويستدعى ذلك وجود جهاز اشرافى حتى تتفرغ الممرضات لعملهن الاساسى .

الدورة الثالثة ١٩٨٢ - ١٩٨٣

سياسة التغذية الصحية

تؤثر العوامل الديموجرافية تأثيرا واضحا على الحالة الغذائية للمواطنين ، فارتفاع معدل الزيادة السكانية عن معدل انتاج الغذاء يؤدي ، على مر السنين ، الى نقص الغذاء المتاح للأفراد ، وبالتالي الى انتشار امراض سوء التغذية ، مما يتطلب انتهاز سياسة تنسق بين معدلات الزيادة السكانية ومعدلات الانتاج الغذائى . وقد صاحبت الزيادة السكانية بمصر ، فى الفترة الأخيرة ، متغيرات فى دخول بعض فئات الشعب ، وبخاصة فى أجور العمال الزراعيين والحرفيين والعاملين فى القطاع الخاص ، وهو أمر ترتب عليه ارتفاع معدلات استهلاك هذه الفئات من الغذاء ، فجأة ودون ترشيد ، وصاحب ذلك زيادة أسعار السلع الغذائية المستوردة زيادة كبيرة الأمر الذى يشكل ضغطا متزايدا على الأجهزة التى تعمل على توفير هذه ، الأغذية ويمثل عبئا ضخما تتطلب مواجهته جهودا كبيرة ودراسات جادة مستمرة .

الغذاء الصحى :

يعتبر الغذاء الصحى للمواطنين فى مقدمة الضرورات مع مايتطلبه ذلك من جهود مركزة وأعباء ضخمة نتيجة التزايد المستمر فى عدد

السكان ، والتغيرات التى طرأت على المجتمع والغذاء الصحى هو الذى تتوافر فيه الشروط الآتية :

- أن يحتوى على جميع العناصر الغذائية ، أى البروتينات ، والكربوهيدرات ، والليبيدات (الدهون والزيوت) والأملاح المعدنية والفيتامينات .

- أن يكون خاليا من الميكروبات والمواد الضارة بالصحة .
- أن يكون سهل الهضم ، مقبولا لدى المستهلك من حيث الشكل والطعم والرائحة .

- أن يكون بالقدر الذى يحتاجه الفرد فلكل انسان ، تبعا لنوعه وسنه ومهنته وبيئته ، احتياجات معينه من التغذية ، يجب توافرها بما يناسب الدخل المختلفة لكل فئات المجتمع .

ولا شك أن توفير الغذاء الصحى لكافة الطبقات ، يوفر على الدولة كثيرا من الاعباء التى تتمثل فى مقاومة الامراض المختلفة الناشئة عن سوء التغذية ، والتى تؤثر على نشاط الأفراد وانتاجيتهم .

وجدير بالذكر أن المستوى الصحى والبيئة المحيطة بالفرد ، أثرا كبيرا على معدل الاستفادة من الغذاء فالزراع المصرى يتعرض للإصابة بالطفيليات التى تحرمه من الاستفادة الكاملة بمايتناوله من غذاء ، كما تؤدي الإصابة ببعض الأمراض المعدية الى زيادة الاحتياجات من بعض العناصر الغذائية ، لمعادلة تأثيرالميكروبات وسمومها أو القضاء عليها .

والمرضى ببعض الامراض : كالسكر وارتفاع ضغط الدم ، معاملة خاصة من حيث نوعيات الغذاء الواجب مراعاة توافرها لهؤلاء المرضى ، وتلك الواجب تجنبها .

سياسة التغذية الصحية :

وإذا كان توفير الغذاء الصحى هو الهدف الاساسى فان تحقيقه يرتبط بقاعدة أشمل وهى سياسة التغذية الصحية ، التى تحكمها الأبعاد الآتية :

البعد الأول : صحى يتمثل فى الوصول الى مستوى معين من

التغذية ، وفقا للمعايير الصحية المتعارف عليها ، وترجمة ذلك الى مكونات غذائية يستهدف تحقيقها على مراحل .

البعد الثانى : اقتصادى يتعلق بالفجوة الغذائية التى تتزايد بسبب عدم التكافؤ بين انتاج الغذاء محليا والتزايد السريع فى الاستهلاك .

البعد الثالث : اجتماعى يتمثل فى الانماط الاستهلاكية السائدة فى مصر ، وكيفية تغييرها او ترشيدها ، لاحداث نوع من التوازن بين المستهدف فى التغذية على مستوى الفرد ، وما يمكن أن يؤدى الى مواجهة الفجوة الغذائية .

النمط الغذائى فى مصر

تشير البيانات الاحصائية الى ان معدلات غذاء الفرد فى مصر من البروتين الحيوانى تقل عن مثيلاتها فى الدول الغنية والمتقدمة ، وان معدلات استهلاك بعض الأغذية - مثل الخبز والأرز والسكر - تفوق مثيلاتها فى هذه الدول ، الأمر الذى أدى - بسبب الافراط فى تناولها وهى مصادر كربوهيدراتية مركزة - الى اصابة الفرد بامراض التمثيل الغذائى والتى من اهمها : السمنة وامراض القلب والقناة الهضمية والسكر وغيرها ، وهى امراض تكاد تكون متفشية فى مصر وتؤثر على صحة المواطن المصرى وغيره ، خاصة وان اغلبية المواطنين لا يمارسون الرياضة التى تعتبر نمطا سائدا فى معظم الدول الاوربية . وقد اثبتت الدراسات العلمية ان نسبة الوفاة بين الاشخاص الذين يزداد وزنهم عن المتوسط العادى ترتفع الى ٧٥ ٪ عند مقارنتهم بذوى الوزن المناسب للسن نفسها . كما ثبت انه اذا زاد وزن الشخص ٢٥ ٪ عن المعدل العادى تعرض لأمراض خطيرة مثل : تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم والبول السكرى وبعض امراض القلب .

وتشير بيانات وزارتى الزراعة والتموين الى توافر الاطعمة - من الانتاج المحلى والمستورد - كما ونوعا على مستوى الجمهورية بما يفي احتياجات المواطن المصرى بصفة عامة ، فيما عدا البروتين الحيوانى الذى يتوافر للمواطن منه حوالى ١٠ جم فى اليوم ، وهو قدر يشابه نظيره فى البلاد النامية ويقل كثيرا عما هو متاح للفرد فى البلاد المتقدمة .

وعلى الرغم من ان القيمة الغذائية لما هو متاح من غذاء على مستوى الدولة تغطى احتياجات المواطن اليومية من السعرات (٢٣٩٠) ومن البروتين الكلى (٩٥.٥ جم) ، الا ان انتشار علامات نقص وسوء التغذية تشير الى ان مجرد توافر الغذاء على المستوى القومى لا يعنى بالضرورة ان الفئات ذات الدخل المنخفض قد استهلكت كامل احتياجاتها منه .

وتشير بعض الدراسات التى اجريت للتعرف على انماط الاستهلاك الغذائى على مستوى الأسرة والفرد فى المناطق والفئات المختلفة الى ما يأتى :

- تختلف العادات الغذائية بين سكان الريف عنها بين سكان الحضر بالنسبة لبعض الاطعمة وتتفق معها بالنسبة لاطعمة اخرى وتبدو الاختلافات فى الآتى :

× يتناول ٩٢ ٪ من سكان الحضر الخبز المصنوع من القمح مقابل ٦٧ ٪ من سكان الريف .

× يتناول ٣٢.٢ ٪ من سكان الريف الخبز المصنوع من القمح والذرة مقابل ٧.٧ ٪ من سكان الحضر .

× الخبز المصنوع من الذرة والحلبة يستهلكه بين ٠.٨ ٪ ، ٠.٣ ٪ من سكان الريف والحضر على التوالى .

تزيد نسبة استهلاك العسل الأسود بالريف بينما تزيد نسبة استهلاك اللبن بالحضر .

× تزيد نسبة الأسر المستهلكة للحوم المجمدة واللحوم المعلبة والاسماك المجمدة فى الحضر عنها فى الريف فهى على التوالى فى الحضر : ٢٥.٣ ٪ ، ١٥.٨ ٪ ، ٣٣ ٪ وفى الريف : ٣.٦ ٪ ، ١.٤ ٪ ، ٢١.٦ ٪ .

× يستهلك اللبن الرايب فى الريف (٢٤.٨ ٪) اكثر من الحضر (١١ ٪) والعكس بالنسبة للبن الزبادى والجاف .

اما بالنسبة لعدد مرات الاستهلاك فى الشهر فتشير الدراسة الى ان اكثر الاطعمة شيوعا بالنسبة لعدد مرات الاستهلاك (اكثر من ٢٥ يوما فى الشهر) هى السكر ، الشاي ، الخبز ، وأقل الاصناف شيوعا (اقل من ٦ ايام فى الشهر) هى اللحوم ، الطيور ، المكرونة ،

وقت انتاجها حتى استهلاكها (تخزين / نقل / اسواق / مطبخ) اما زيادة البروتين الحيوانى عما هو وارد فى بيانات الميزان الغذائى فان ذلك قد يرجع الى عامل أو أكثر مما يلى :

أ- عدم توفر بيانات كافية عن كميات اللحوم المذبوحة خارج السلخانة وخاصة فى الريف .

ب- تقديرات مصادر البروتين الحيوانى المنزلية (نواجن / بيض / لحم / لبن / وغيرها) قد تكون اقل من الواقع وكذلك بيانات انتاج القطاع الخاص .

وعلى الرغم من ان الصورة العامة تعتبر مرضية الا ان التحليل الاحصائى للدراسة الميدانية التى اجراها معهد الاغذية على بعض الأسر ، قد أوضح : أن ٣٥.٣ ٪ من الاسر يقل نصيب الفرد فيها من الاحتياجات السعرية عن ٢٠٠ سعراً وأن ٢٨.٣ ٪ من الأسر يتناولون قدراً من السعرات يفوق احتياجاتهم (أكثر من ٣٠٠٠ سعر)

وبالنسبة للبروتين الحيوانى فان ٤٧.٥ ٪ من الاسر يقل البروتين الحيوانى فى غذائها عن ١٥ جم فى اليوم ، و ٣٥.٧ ٪ من الاسر يزيد البروتين الحيوانى فى غذائها على ٣٠ جم فى اليوم .

ومما سبق يتبين ان ٣٦.٤ ٪ من الاسر تقع فى شريحة الاستهلاك المعقول بالنسبة للسعرات ، وان ١٦.٨ ٪ فقط من الاسر هى التى تتناول غذاء مناسباً من البروتين الحيوانى (من ١٥ الى اقل من ٣٠ جم فى اليوم) الامر الذى يوجب النظر فى انماط الغذاء السائدة فى مصر تدريجياً بهدف تصحيحها وترشيدها وفيما يلى بعض هذه الأنماط :

الخبز :

يعتبر الخبز فى مصر جزءاً أساسياً فى الواجبات الغذائية ، برغم احتواء بعض هذه الوجبات على مواد كربوهيدراتية اخرى : كالارز والمكرونة والبطاطا ، كما يعتبر استهلاك المصريين للخبز من اسوأ الانماط الغذائية . فى العالم حيث يلقى المستهلك يومياً بارغفة الخبز او اجزائها ، إما لانها تزيد على حاجته اليومية ، او لعدم اقباله عليها

البطاطا ، العدس ، البقول فيما عدا الفول . وبالنسبة لاستهلاك الاسرة الغذائى فى ٢٤ ساعة تشير البيانات الى ما يأتى :

× تنتشر عادة استهلاك السكر والشاي يومياً بين أكثر من ٩٠ ٪ من الاسر يلى ذلك استهلاك الخضر الطازجة (٦٧ ٪) والجبن القريش (٥٣ ٪) .

× تتقارب نسب استهلاك الاسر للبيض واللحم (٢٢ ٪) بينما تستهلك الاسر الاسماك والطيور بنسبة ١٣ ٪ ، ١٠ ٪ على التوالي .

× وبالنسبة لاستهلاك البقول وهى من المصادر الهامة للبروتين فانه يلاحظ ان الفول ومنتجاته هو صنف البقول الرئيسى ، بينما استهلاك انواع البقول الاخرى مثل اللوبيا والفاصوليا قليل جداً .

× بتحليل القيمة الغذائية لمتوسط الاستهلاك اليومى يتضح ان ما يحصل عليه الفرد من أطعمة يوفر له حوالى ٢٨٤٣ سعراً ، ٨٦.٢ جم بروتين منها ٢٥.١ بروتين حيوانى .

والجدول الآتى يبين القيمة الغذائية لنصيب الفرد اليومى طبقاً للبيانات المتوافرة من معهد الاقتصاد الزراعى والاحصاء بوزارة الزراعة ومعهد التغذية :

| المصدر | السعرات | البروتين الكلى | البروتين الحيوانى | نسبة السعرات من الحبوب |
|--|---------|----------------|-------------------|------------------------|
| (١) الميزان الغذائى لعام ١٩٨٠ (معهد الاقتصاد الزراعى والاحصاء التابع لوزارة الزراعة) | ٢٣٩٠ | ٩٦ | ١٥ | ٧٠ ٪ |
| (٢) دراسة النمط الغذائى (معهد التغذية) | ٢٨٤٣ | ٨٦.٢ | ٢٥.١ | ٦١.٢ ٪ |

ويمكن تفسير الفرق الذى ظهر فى بيانات الدراسة التى اجراها معهد التغذية الى ان نقص السعرات يرجع الى الفقد الذى يحدث من

بسبب سوء صناعتها ، وخاصة الوجه الخلفى من الخبز البلدى الذى يعتبر ذا قيمة غذائية كبيرة ، لما به من نسبة عالية من البروتين والالياف والفيتامينات ، أو لعدم رغبته فى أكل اللباب الداخلى ، وبخاصة فى الخبز (الفينو) الذى يمثل اللباب فيه أكثر من ثلثي وزنه .

ولابد فى هذا الصدد من الاهتمام بصناعة الخبز ، والتوسع فى المخازن الآلية والنصف آلية ، لانتاج خبز جيد المواصفات يشجع المواطنين على ترشيد استهلاكه وبالتالي خفض الفاقد منه والذى يقدر بحوالى ٢٥ ٪ .

ومن الانماط الغذائية المنتشرة فى مصر فى مجال استهلاك الخبز ، الاقبال على الخبز الابيض وتفضيله على الخبز الأسمر ، برغم ان الاخير عال فى قيمته الغذائية لارتفاع نسبة الروتين والفيتامينات به ، الامر الذى يدعو الى الاهتمام بالخبز البلدى الأسمر ، بتحسين طريقة عجنه وتخميمه ليصل الى المواطن فى صورة جيدة .

الفول ومنتجاته :

يعتبر الفول من الاغذية الاساسية فى مصر ، وهو من المصادر الهامة للبروتين فى غذاء المواطنين ومن منتجاته الشائعة الاستخدام : الفول المدمس والطعمية .

وتشير بعض الابحاث المحلية والخارجية الى ان لدى بعض الاطفال حساسية للفول ومنتجاته مما يؤدى الى الاصابة ببعض امراض الحساسية الغذائية وهو امر معروف لدى خبراء التغذية ، ولذا فانه ينبغى اجراء بحوث ودراسات ميدانية عن مدى انتشار مرض الحساسية المصاحب لتناول الفول .

الزيوت والدهون :

من الانماط السائدة بين بعض المواطنين استهلاك كميات كبيرة من المواد الدهنية فى الغذاء ، برغم ان ما يحتاجه الجسم منها فى المتوسط لا يجاوز ٥٠ - ٨٠ جم يوميا ويؤدى الافراط فى تناول المواد الدهنية الى التعرض لبعض الامراض ، وبخاصة امراض القلب

والشرايين .

وهناك عادات خاطئة فى طريقة غلى الزيوت أكثر من مرة - خصوصا فى المحلات العامة التى تقدم الاطعمة المقلية فى الزيت - تؤدى الى تكوين مركبات كيميائية ذات تأثير سرطانى .

ونظرا لوجود نقص كبير فى انتاج الزيوت فى مصر فانه يلزم التوسع فى انتاج البذور الزيتية من مصادره المتنوعة مثل : الزيتون - عباد الشمس - فول الصويا - الكتان - القرطم - السمسم وغيرها .

الشاي :

من الانماط الغذائية المنتشرة فى مصر استهلاك كميات كبيرة من الشاي بعد تناول الوجبات وعلى فترات متفاوتة اثناء النهار ، وبخاصة الشاي المركز الذى يفضلونه الكثيرون ولا سيما فى الريف . وقد اثبتت الابحاث ان ما يحتويه الشاي من تانينات يقلل استفادة الجسم من الحديد الموجود بمكونات الغذاء مما ادى الى انتشار الانيميا بشكل واضح فى مصر ، حيث تصل نسبة عدم الاستفادة من الحديد الى أكثر من ٤٠ ٪ بسبب الافراط فى تناول الشاي .

السكر والحلويات :

ارتفع استهلاك الفرد من السكر حتى وصل الى حوالى ١٠٠ جرام يوميا ، وصل مع الزيادة المطردة فى تناول الشاي وانتشار مشروبات واطعمة - فى السنوات الاخيرة - تعتمد على السكر : مثل المياه الغازية ، الشربات والمربى والحلوى بانواعها ، وبخاصة فى المواسم والاعیاد .

ويؤدى الافراط فى تناول السكريات الى التعرض للبدانة ولمرض البول السكرى ، كما تؤثر تأثيرا سيئا على اسنان الاطفال وعلى الحد من شهيتهم للاكل ، وعدم حصولهم على الاحتياجات الكافية من الغذاء الصحى المناسب .

وبسبب الافراط فى استهلاك السكر اصبح الانتاج المحلى منه لا يغطى الاحتياجات ، واصبح قيمة ما يستورد منه يوازى ما يصدر من

القطن .

تغذية الاطفال والامهات :

ترجع الوفيات بين الاطفال فى الاعمار المختلفة اساسا الى سوء التغذية الناجم عن نقص الوعى بالتغذية السليمة وطرقها واحتياجات الفعلية منها فى الاعمار المختلفة .

ونظرا لأن الاطفال والامهات يشكلون نسبة كبيرة من المجتمع ، حوالى ثلثى السكان بجانب أنهم يعتبرون من الفئات الحساسة ، فإن العناية بتغذية هذه الفئة تستدعى مزيدا من الرعاية والاهتمام .

وقد اوضحت نتائج المسح الصحى فى عامى ١٩٧٨ ، ١٩٨٠ ان هناك نقصا شديدا فى الوعى الصحى فى مجال تغذية الطفل وطفاه . وتوضح الاحصاءات الخاصة بنمط تغذية الاطفال فى خلال السنوات الثلاث الاولى من العمر ، ان التغذية التكميلية تقدم لنحو ٦٨ ٪ من الاطفال الذين تتراوح اعمارهم بين ٦ ، ١١ شهرا ، وان ٣.٣ ٪ من الاطفال الذين تقع اعمارهم بين ١٢ ، ٢٣ شهرا يعتمدون فقط فى تغذيتهم على لبن الام .

وقد تبين من دراسة الحالة الصحية للاطفال ان نسبة انتشار سوء التغذية تزيد فى الحالات التى لا تقدم لهم فيها تغذية تكميلية فى الوقت المناسب ، وفى الحالات التى تستمر فيها الرضاعة الطبيعية بعد سن ٢٤ شهرا .

توفير المياه الصالحة للشرب :

للماء اهمية قصوى من الناحية الغذائية ، لضرورته لكل الانشطة الحيوية والفسيولوجية فى الجسم . ويجب ان يكون الماء المستخدم فى الشرب خاليا مما يمكن ان يسبب الامراض ، او يحدث اضرارا بصحة الانسان .

وتخضع مياه الشرب فى المدن والقرى التى وصلت اليها المياه النقية ، للمعالجة بالكلور بمعرفة محطات مياه الشرب ، كما تؤخذ منها عينات بصفة دورية بمعرفة اجهزة وزارة الصحة ، للفحص الميكروسكوبى

١٦٤

والبكتريولوجى والكيمائى والطبيعى .

وقد اثبتت تحليلات وزارة الصحة المعملية ان مياه الشرب ، على مستوى الجمهورية ، التى اخذت منها عينات من محطات المياه ومن شبكات التوزيع فى سنتى ١٩٨١ / ١٩٨٢ ، توجد بها نسب غير مطابقة للمواصفات الصحية ، مما يتطلب سرعة العمل على رفع مستوى محطات تنقية مياه الشرب وشبكات التوزيع .

النمط الشرائى لدى الجماهير :

يلاحظ أن المواطن فى مصر ، يشتري ويستهلك من الطعام اكثر مما يحتاج مما يربك ميزانيته ، ويؤثر على صحته ، ويتسبب فى مشكلات الفاقدة ، ويؤدى الى زيادة الاستيراد . وقد يرجع هذا السلوك الى عوامل خارجة عن ارادته ، منها : وجود الاطعمة فى عبوات كبيرة أو عدم توفرها فى كل الاوقات ، مما يدفعه الى التهافت على شرائها فى وقت توفرها بالسوق وتخزينها بهدف ضمان وجودها عند الحاجة اليها .

ويجب ان تتغير هذه الانماط الغذائية غير السليمة ، وان يرشد هذا السلوك غير الصحيح فى استهلاك الغذاء بالاقتناع الذى يكفل تحقيق التغيير المنشود . وفى هذا السبيل يمكن النظر فى انشاء جهاز ارشادى يضم متخصصين فى الطب والتغذية والزراعة والصناعة والاقتصاد والاعلام والتربية والتعليم والتخطيط ، لنشر الثقافة الغذائية والصحية لدى الجماهير ، ابتداء من الاطفال وتلاميذ المدارس (كمواد دراسية) الى العاملين فى الهيئات والمصالح والمصانع وسكان الريف ، مع الاستعانة - لتحقيق هذا الهدف - بجميع وسائل الاعلام والارشاد : كالمساجد ، كالمساجد ، كالمساجد ، كالمساجد .

المشكلات الغذائية فى مصر

تتركز أهم آثار سوء التغذية بمصر فى تعثر النمو البدنى فى سن الطفولة وما يصحب ذلك من تأثير على التكوين العقلى والنفسى ، وفى انتشار الانيميا بين بعض فئات الشعب .

وتؤدى المشكلات الغذائية ، التى يعانيها المواطن فى مصر الى

أحداث المزيد من هذه الآثار المترتبة على سوء التغذية . وتمثل هذه المشكلات فيما يلي :

الفجوة الغذائية :

وبالرغم من توافر الغذاء على المستوى القومى ، فإن حوالى ٤٧.٥٪ من المواطنين يقل استهلاكهم من البروتين الحيوانى عن الحد المقبول ، وهو ١٥ جرام فى اليوم .

وبرغم ان جملة الغذاء المتاحة للمواطنين فى الوقت الراهن يفى بالاحتياجات على المستوى القومى ، فإن ذلك يعتمد على الاستيراد بنسبة كبيرة تتزايد سنويا مع التزايد السكانى المطرد الذى لا يصاحبه زيادة مناسبة فى انتاج الغذاء وهو امر ادى الى وجود فجوة غذائية تتطلب العمل على مواجهتها .

وتعتبر عملية استيراد الغذاء من اخطر المشكلات واصعبها ، ومن ثم يتعين ان تتزايد طاقة قطاع الزراعة على انتاج الغذاء المطلوب للأعداد المتزايدة من المواطنين ، بالاعتماد الى اقصى حد على العلم والتكنولوجيا ، لزيادة الغلة وتوسعة الرقعة الزراعية ، والاستفادة من كل قطرة ماء ، مع التركيز على :

– المحاصيل التى ظهر ان الفجوة الغذائية فيها كبيرة ، مثل القمح والذرة والمحاصيل السكرية ، البقول والمحاصيل الزيتية .
– اللحوم ومنتجاتها ، وخاصة الدواجن والاسماك ، حيث ان امكانات التوسع فى انتاجها اسرع كثيرا من انتاج لحوم الماشية ، فضلا عن انها لا تتطلب مساحات شاسعة من الاراضى الزراعية .

الموقف الغذائى للبروتين فى مصر :

تشير بعض الدراسات الميدانية التى اجريت على عدد من الأسر المصرية الى ان متوسط استهلاك الفرد من البروتين الكلى ، حوالى ٨٦.٢ جم فى اليوم منها : ٢٥.١ بروتين حيوانى بنسبة ٢٩٪ . وبرغم ان هذا المتوسط لاستهلاك الفرد من البروتين الحيوانى مناسباً الا ان ٤٧.٥٪ من عدد الأسر التى شملتها الدراسة يقل فيها نصيب الفرد من

البروتين الحيوانى عن ١٥ جم فى اليوم ، الامر الذى يجب معه التركيز فى السنوات المقبلة وحتى سنة ٢٠٠٠ على ما يأتى :

– زيادة الانتاج من اللحوم والاسماك والدواجن والبيض ، خصوصا ان مشروعات تربية وانتاج الاسماك والدواجن يمكن الحصول منه على انتاج سريع ، ولاتحتاج الى مساحات كبيرة من الاراضى الزراعية ،
– الحد من الفاقد فى المجازر ، فى اثناء النقل والتخزين ، عن طريق اقامة مجازر اليه تذبح فيها الحيوانات بطريقة صحية ، ثم تعبأ اللحوم وتخزن وتنقل بوسائل تبريد مناسبة لتلافى للفقد والفساد الذى يصيب حاليا نسبة كبيرة من الحيوانات عند الذبح ، وتمكيننا من الانتفاع بجميع المخلفات بطريقة صحية يتم تصنيعها على عدة صور .
– توفير وسائل النقل المبردة لنقل الاسماك ، وانشاء الصناعات الكفيلة بحفظها وتجميدها ، وتحويل مخلفاتها الى غذاء للدواجن .
– العمل على استنباط انواع من القمح تحتوى على نسبة أعلى من البروتين .

– دراسة اضافة نسب من المركبات البروتينية الى الخبز فى المخابز الالية التى تشرف عليها الدولة لزيادة قيمته الغذائية .

الفاقد فى الانتاج النباتى والحيوانى

يمثل الفاقد فى الانتاج النباتى والحيوانى نسبة كبيرة تؤدى الى تضخم الفجوة الغذائية ، وبالتالي الى سد العجز عن طريق الاستيراد ، اذ تتعرض الفاكهة والخضراوات لنسب من الفقد تصل الى ما بين ٤٠ ، ٥٠٪ نتيجة لسوء تداولها بدءا من القطف الى التعبئة والنقل والتخزين ، كما تتعرض الحبوب والبقول لنسب من الفقد تصل الى ما بين ١٠ ، ٢٠٪ فى اثناء الحصاد والنقل ، ثم بسبب الحشرات والقوارض فى الشون والمخازن وتتعرض اللحوم والاسماك للفساد والتلف نتيجة لعدم الذبح الصحى وعدم اتباع الوسائل الحديثة فى النقل والتخزين والتبريد . ويمكن تلافى هذا الفاقد باتباع وسائل القطف والتعبئة والنقل والتخزين والتبريد المناسبة .

- التعرض للتلوث بالاحياء الدقيقة ، كالفطر والخمائر والبكتيريا الضارة الناشئة عن عدم احكام العبوات ، اوعدم تعميها او بسترتها بالطريقة الصحيحة .

ويمكن التركيز على تصنيع الاغذية الخاصة التى تشمل اغذية الفئات الحساسة واغذية المرضى ، مثل مرض السكر والسرطان والقلب ، والمصابين بامراض منهكة مثل : السل وحالات سوء التغذية .

وفى المقام الاول من هذه الاغذية : الاغذية الخاصة بالطفولة والأغذية التكميلية ، اذ ان شخصية الانسان ونموه العقلى وحيويته وصحته ، وانما تكمن فى محتويات غذائه الذى تناوله فى سنى عمره الاولى بعد ولادته ، بل وتعتمد ايضا على النمط الغذائى الذى تتبعه الام الحامل .

آثار تلوث الغذاء :

هناك العديد من المواد الكيماوية التى تلوث الغذاء بطريقة مباشرة او غيرمباشرة ، ومن هذه المواد : المبيدات الحشرية والفطرية ومبيدات الحشائش والاسمدة ، والمواد الحافظة والملوثة ، والمواد التى تعطى للحيوانات والدواجن كالهرمونات وغيرها .

وتتركز الجرعات البسيطة فى الجسم الى ان تصل الى حد خطير عند تناول الغذاء الملوث ، سواء اكان مصدره نباتيا اوحيوانيا اوسمكيا .

وتبذل الدول المتقدمة قصارى جهدها من الاقلال فى المواد التى تضاف للغذاء لتحسين خواصه ، كما ظهر اتجاه قوى لعدم استخدام الكلور فى حفظ مياه الشرب ، لضرره الامر الذى يتطلب إجراء بحوث محلية على استخدام هذا الغاز وبدايله

ونظرا لتعرض بعض المواد الغذائية كاللحوم والاسماك والدواجن للفساد السريع ، فانه ينبغى متابعة الرقابة الصحية على هذه المواد حتى تصل الى المستهلك سليمة .

ويمكن تجنب آثار التلوث الغذائى باتباع الوسائل الآتية :

كما يمكن تعبئة المنتجات الغذائية - بكافة انواعها بما فى ذلك الخبز فى عبوات ذات احجام مناسبة ، تتيج المحافظة عليها وعدم تعرضها للفساد ، وتحقق فى الوقت ذاته استهلاكها بالكامل ، بون ترك نسب منها تلقى فى صناديق القمامة .

وتجدر الاشارة الى ان الفاقد فى المنازل يشكل نسبة كبيرة جدا ، لاتقل خطورة عن الفاقد فى اثناء الإعداد أو التصنيع أوالتوزيع وهذا امر يتطلب المزيد من الترشيد الاستهلاكى للمواطنين .

التصنيع الغذائى

يعتبر حفظ الاغذية عن طريق تصنيعها احدى الوسائل الرئيسية للانتفاع الكامل بالمنتجات الزراعية وتوفيرها بطريقة صحية لاطول مدة ممكنة . كما انه يحسن من الصورة الاقتصادية السعريه لكل من المنتج من ناحية والمستهلك من ناحية اخرى ، ولذلك كان الاهتمام بالتصنيع الغذائى وربه تماما ، بصورة فعالة ومستمرة ، بالانتاج الزراعى الغذائى من اكثر الضرورات الحاحا .

كذلك يجب ان يستهدف التصنيع الغذائى توفير الاغذية الاساسية : الخبز السكر ، الزيوت ، اللحوم ، الاسماك ، الالبان ومنتجاتها . وان يقوم على اسس علمية واقتصادية سليمة لتحقيق اقصى استفادة من الخامات المتاحة ، مع مراقبة دقيقة لكل من جودة المنتجات ورغبات المستهلك مع الربط المستمر بين صورة الانتاج وتنوعه ونفسية الشعب واحتياجاته وامكاناته . وان يرتبط كذلك بالثقافة الغذائية والارشاد الغذائى والترشيد الاستهلاكى .

وللاستفادة الكاملة من المنتجات المصنعة يجب المحافظة عليها من :

- التلف الميكانيكى الناشئ عن كسر الاوانى الزجاجية او تلف بعض المنتجات الغذائية كالبسكويت .

- التعرض للعوامل الطبيعية كلفقد الرطوبة او امتصاصها او فقد الرائحة او اكتساب روائح غريبة .

- التعرض للتغيرات الكيماوية .

- الالتزام بالاحتياطات والتوصيات الخاصة بالوقاية من خطر التسمم بالمبيدات والتي وضعت بالاشتراك بين وزارتي الصحة والزراعة .

- منع القاء مخلفات المصانع في مياه النيل وكذلك مياه النيل المجارى ، ومياه المصارف بما تحتويه من مخلفات المبيدات الحشرية والفطرية ، لا سيما وأن كمية الملوثات الكيماوية الموجودة حاليا في مياه النيل تسبب كثيرا من الامراض التي تؤثر في الدورة الدموية .

ومن ثم وجب منع القاء هذه المخلفات في النهر ، ومعالجتها عند المنبع ، لأن محطات مياه الشرب مصممة للتخلص من الملوثات البيولوجية لا الكيماوية ، والا وجب أن تضاف مرشحات الكربون ، وهي مرتفعة التكاليف ، في جميع محطات المياه .

- احكام الرقابة على الاغذية المحلية والمستوردة ، مع توسيع مظلة خدمات الرقابة على سلامة وجودة الأغذية بصورة تستوعب جميع منافذ توزيع الأغذية وبوجه خاص في الريف الذي يمثل أكثر من ٥٥ ٪ من عدد السكان .

- الزام جميع مراكز انتاج وتصنيع الاغذية باتباع الاشتراطات الصحية المقررة ، واخضاعها للرقابة على خطوط الانتاج او التصنيع .

- تعميم اقامة معامل اقليمية متطورة لفحص الأغذية والبت في جودتها وسلامتها ، مع تزويدها بالاجهزة والمعدات اللازمة .

- التنسيق بين اعمال الجهات المسؤولة عن سلامة وجودة الاغذية ، مثل : وزارتي الصحة والزراعة (الطب البيطري) والهيئة العامة للرقابة على الواردات والصادرات ، مع تطوير وتحديث القوانين في مجال الرقابة على الاغذية ، بما يحقق تنفيذها بدقة حرصا على سلامة جمهور المستهلكين .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ما دار حولها من مناقشات وآراء ، وعلى ما اتخذه المجلس في دورته السابقة من توصيات في شأن التنمية الريفية ، وما اوصى به المجلس القومى للانتاج في دوراته السابقة فيما

يتصل بالانتاج والاستهلاك والامن الغذائي ، يوصى بمايأتى :

أولا : في مجال برامج التغذية الصحية :

* الاهتمام ببرامج التغذية الصحية عن طريق :

- ١) الاهتمام بالبرامج الصحية والغذائية للأطفال الرضع والاطفال في السن المدرسى وللحوامل والسيدات المرضعات ، مع وضع برامج مكثفة للتعليم والتربية الغذائية الصحية على كافة المستويات التعليمية والاجتماعية والمهنية للتوعية بالعادات الغذائية الصحية السليمة .
- ٢) مكافحة الامراض عن طريق اضافة مستحضرات الحديد والفيتامينات الى بعض الاطعمة والتوعية بكافة وسائل الاعلام للحد من استهلاك الشاي الذي يترتب عليه عدم الاستفادة الكامية بمركبات الحديد في الغذاء ومن ثم التعرض للانيميا .
- ٣) زيادة الاهتمام ببرامج الوقاية من الاصابة بالطفيليات وتكثيف برامج علاج المصابين بها .
- ٤) تعميم استخدام مياه الشرب النقية الخالية من الطفيليات والمواد الكيماوية الضارة ، حيث تغطي كافة انحاء الجمهورية بنهاية الخطة الخمسية الحالية (اذ انها لا تغطي حتى الآن الا ٧٠ ٪ تقريبا من السكان) مع وجوب إحكام الرقابة على محطات تنقية مياه الشرب الحالية .
- ٥) التوسع في برامج تغذية الجماعات : كطلبة المدارس والجامعات والمصانع للتثيت من وصول المقننات الصحية لأربابها في صورة سليمة.
- ٦) الاهتمام بتوفير الاغذية الخاصة بمرضى السكر وضغط الدم وغيرها من الامراض التي تتطلب نظاما غذائيا لفترة طويلة ، وذلك بإدخال صناعة هذه الاغذية الخاصة ضمن خطوط انتاج وحدات المنتجات الغذائية في القطاعين : العام والخاص .
- ٧) العناية الجدية بالرقابة على سلامة وجودة الأغذية مع التنسيق بين الاجهزة العاملة في هذا المجال في الوقت الحاضر - التي تتبع وزارات متعددة - على ان تكون المسئولية النهائية مستقبلا على عاتق

جهة واحدة . ويقتضى ذلك :

- تعميم انشاء المعامل الاقليمية المتطورة لفحص الاغذية وتدعيمها بالاجهزة والمعدات اللازمة.

- توسيع مظلة خدمات الرقابة على الاغذية بحيث تستوعب جميع منافذ التوزيع ، ويوجه خاص في الريف .

- وضع ضوابط واجراءات تنفيذية رادعة لالزام مراكز انتاج وتصنيع الاغذية باتباع الاشتراطات الصحية المقررة ، وممارسة الرقابة على خطوط الانتاج او التصنيع لضبط جودة الناتج والالتزام بالمواصفات القياسية .

٨) تشديد الرقابة للالتزام بالاحتياطات والتوصيات الخاصة بالوقاية من خطر التسمم بالمبيدات ، والتي حددتها وزارتا الصحة والزراعة ، ومنع القاء مخلفات المصانع في مياه النيل ، لما يسببه ذلك من ضرر مباشر على صحة المواطنين .

٩) إحكام الرقابة على الرسائل المستوردة من اللحوم الحية والمذبوحة والمعلبات ومن النباتات واجزائها ، لما تحمله في كثير من الاحوال من آفات وأمراض مضرّة بالانسان والحيوان والنبات .

١٠) تغيير العادات الغذائية حتى لا تظل الحبوب هي الغذاء الرئيسى ، وترغيب المواطنين في زيادة استهلاكهم من المحاصيل النشوية الدرنية كمصدر رخيص للسعرات وزيادة الاستهلاك من البقوليات لتحل تدريجيا محل نسبة من استهلاك الحبوب .

١١) التوعية للحد من بعض العادات السيئة المتفشية كالاسراف في الطعام وعلى الاخص المواد السكرية والدهنية لما في ذلك من اضرار صحية كثيرة .

ثانيا : في مجال تضيق الفجوة بين انتاج الغذاء واستهلاكه : ويتحقق ذلك بما يلي :

١) تنمية الانتاج الزراعى : بالتركيز على تنمية الانتاج الزراعى

رأسيا وافقيا للحصول على اعلى انتاج ويتطلب ذلك بوجه خاص :

- العمل على استنباط التقاوى عالية الانتاج ، وخاصة من الحبوب والبقول والمحاصيل السكرية والزيتية وتعتبر مضاعفة الانتاج من القمح والذرة والارز بصفة خاصة هدفا يجب العمل على سرعة تحقيقه .

× التوسع في الميكنة الزراعية للحصول على انتاج اعلى بتكاليف اقل مع اعفاء الحيوان من العمل ، الامر الذى يتيح الحصول منه على انتاج اوفر من اللحم واللبن .

× تكثيف الانتاج الزراعى وتحميل المحاصيل على بعضها للوصول الى اعلى مساحة محصولية من الرقعة الزراعية الحالية المحدودة .

× الاهتمام ببرامج مقاومة الافات والتوسع في انتاج الاسمدة .

٢) زيادة الانتاج الحيوانى : لزيادة نصيب الفرد من البروتين الحيوانى الذى يعتبر اقل من الحد الذى توصى به المنظمات العالمية ، ويتطلب وذلك ما يلى :

× التحسين الوراثى للحيوانات المحلية بانتخاب السلالات مرتفعة الانتاجية وتحسين السلالات المحلية بسلالات اجنبية عالية الانتاج مع التوسع في برامج التلقيح الصناعى بما يتيح الحصول على نتائج سريعة في هذا المجال .

× توفير الرعاية الصحية البيطرية للوقاية والعلاج من الطفيليات والايوة .

× مواجهة المشكلات التى تحد من زيادة الانتاج الحيوانى ومنها التشديد في تجريم ذبح العجول حديثة الولادة اناثا وذكرها اذ يقدر الفاقد منها بنسبة ٣٠ ٪ .

× بحث ودراسة مشكلة ضعف الاخصاب وأمراض العقم في الابقار والجاموس والغنم اذ يقدر الفاقد فيها بنسبة ٣٥ - ٤٠ ٪ .

× اعطاء اولوية لتوفير الاعلاف وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الاجنبى على المساهمة في هذا المجال .

× الاهتمام بالمشروعات التى تستهدف زيادة الانتاج من الاسماك والدواجن والبيض نظرا لأن معامل التحويل الغذائى فيها اعلى من معامل التحويل الغذائى للماشية والاعنام ، ولانها تعطى انتاجا اسرع وافر فى مدة وجيزة .

× العمل على حماية المصايد والبيئات المائية المصرية من التلوث والاهتمام بحماية الدواجن والاسماك من الامراض والايوة التى تتعرض لها وتقضى على نسبة كبيرة منها .

التوسع فى حفظ وتصنيع وتبريد وتجميد الدواجن واللحوم والاسماك وتشجيع القطاع الخاص والاستثمار الاجنبى على المساهمة فى هذه المجالات .

٣) التصنيع الغذائى :

× العناية بالتصنيع الغذائى السليم للاستفادة الكاملة من المنتجات الزراعية والحيوانية فى صورة صحية مناسبة على اطول مدى ممكن .

× التوسع فى مشروعات اعداد الوجبات الغذائية الجاهزة التى تناسب الفئات المختلفة من المواطنين للحد من الفاقد فى المواد الغذائية .

× العناية بتصنيع الخبز ، للاقلال من اللباب مع اعطاء رغيف العيش الدراسة العلمية الكافية للوصول به الى افضل وانسب انتاج بمافى ذلك دراسة انسب الاضافات التى تؤدى الى تحسين قيمته الغذائية او بتصنيعه بالشكل الذى يناسب بعض المرضى (كمرضى السكر) .

٤) ترشيد الاستهلاك : ويتم ذلك بوسائل ابرزها ما يلى :

× توجيه البرامج القومية للتوعية والارشاد على كافة مستوياتها للاعلام باهمية هذا الترشيد ، سواء على المستوى القومى أو على المستوى الفردى والعمل على الحد من استهلاك الأصناف التى تزيد متوسطات استهلاكها ، الآن على مستوى الصحى كالسكر والخبز

وخلافة .

× التركيز فى البرامج الدراسية على توعية الطلاب باهمية التغذية الصحية مع ترشيد الاستهلاك .

× اعادة النظر فى سياسة ربط بعض السلع وتوزيعها بالبطاقات ، والتى تتيح للمواطنين سلعا معينة قد لا يكونون فى حاجة اليها ، مما يؤدى الى خلق انماط جديدة من الاستهلاك .

× تعميم المجازر ، وعرض اجزاء المذبوحات معبأة ، وبذلك تتم الاستفادة الكاملة من الحيوانات المذبوحة فى صورة صحية .

× تعميم المخابز الآلية والنصف آليه بما يتيح تعبئة انتاجها فى عبوات مناسبة .

هـ) الحد من الفاقد فى المحصولات والمنتجات الغذائية : باتباع الوسائل الاتية :

× تعبئة المواد الغذائية فى عبوات ذات حجم مناسب لاستهلاك الفرد او الاسرة سواء بالنسبة للخضر او الفاكهة او اللحوم ، أو بالنسبة للسوائل كالزيوت التى تفقد منها نسبة كبيرة بسبب نظم تعبئتها الحالية .

× زيادة طاقات التخزين للحبوب ، وطاقات التخزين بالتبريد والتجميد للفواكه والخضر واللحوم والدواجن والاسماك ، اذ ان الطاقات الحالية غير كافية مما يسبب تعرض نسبة كبيرة من هذه المواد للفاقد والفساد .

× اتباع الوسائل الصحيحة فى القطف والتعبئة والتغليف والنقل والتخزين والتبريد الى ان يتم احوال الميكنة الزراعية فى هذه الاغراض مع الاسراع فى تحقيق ذلك .

ثالثا : دور البحث العلمى

× وضع سياسة غذائية وتصنيعية واستهلاكية تراكب ما يستحدث فى هذه المجالات ، من خلال برنامج للبحوث ينتهى الى التطبيق ، تحدد

تعديل طرق الانتاج) التى تؤدى الى انتاج كميات اكبر من نفس المساحة وبنفس التكاليف .

- توجيه العناية الى الدراسات والبحوث الخاصة بانتاج المواد الغذائية بالطرق غير التقليدية ، وخاصة انتاج الغذاء من الكائنات الحية الدقيقة ، مع التركيز على البكتريات والفطريات ، باعتبارها اسرع الكائنات نموا ، واكثر قدرة على انتاج بروتين شبيه بالبروتين الحيوانى .

توصيات عامة :

انشاء مجلس اعلى او جهاز للغذاء والتغذية الصحية ، يتبع مجلس الوزراء تمثل فيه الوزارات والجهات المعنية ، يختص بالتخطيط والمتابعة والتنسيق فيما يتصل بتوفير الغذاء الصحى والتصنيع الغذائى وضوابط الجودة والرقابة على الاغذية وتتبعه امانه فنيه تتولى القيام بمختلف المهام التى تحقق اهداف المجلس ، وعلى وجه خاص ما يأتى :

- تجميع وتبويب وتنسيق البيانات والاحصاءات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحية : انتاجا واستهلاك وتوزيعا .

- تحقيق الارتباط بين الهيئات العلمية ومراكز البحوث فى المجالات الخاصة بالغذاء .

- الاعلام والدعوة فى مجال التغذية الصحية ، وترشيد الاستهلاك ، وخاصة فى مراحل التعليم المختلفة ، ومراكز رعاية الامومة والطفولة .

- انشاء معمل مركزى للتحاليل الغذائية تكون مهمته اجراء التحاليل لاكتشاف المواد الضارة بالصحة .

- انشاء قسم لبحوث انتاج رغيف العيش ضمن معهد بحوث التغذية او غيره من المعاهد البحثية ، تكون مهمته القيام بالدراسات الخاصة برغيف العيش من النواحي الغذائية الصحية والتصنيعية والاقتصادية ، بما فى ذلك انتاج انواع معينة من الخبز لمرضى السكر وغيره من الامراض التى تتطلب رعاية خاصة .

- انشاء شركة وطنية لتصنيع اغذية الاطفال والمرضى والفئات

فيه الاحتياجات وخطة العمل ، واعداد القيادات الفنية اللازمة .

× الربط المستمر بين البحث العلمى بشتى مناحيه ، وبين جهات الانتاج وجهات الاستهلاك ، وعلى الاخص فيما يتصل بالآتى :

- تحديث الاصناف وانتاجها .

- تحديث الجودة وتقييمها .

- تحديث التصنيع وتطويره .

- بحوث التكلفة والتشييد .

- تحديث الاستهلاك والانماط الغذائية .

- تطوير التجارة : استيرادا أو تصديرا ، ودراسات للأسواق .

زيادة الاهتمام بالدراسات الصحية الغذائية ، وخاصة فيما يتعلق بالارتباط بين الغذاء وبين صحة المستهلكين ، مع ضرورة تعاون كافة الجهات المعنية لمتابعة ما يأتى :

- الأمراض التى يمكن ان تنتقل خلال الغذاء ووسائل الحد من انتشارها .

- الاهمية الغذائية للأطعمة ومصادرها وبدائلها .

- الأمراض والخلل الفسيولوجى الذى يرتبط بسوء او نقص التغذية .

- تغذية المجاميع الحساسة مثل الاطفال والحوامل والمراضع وكبار السن بحيث تتناسب التغذية مع حالاتهم .

- مصادر التلوث الغذائى - الميكروبى وغير الميكروبى - وكيفية التغلب عليها .

- الرقابة الصحية ، والرقابة على الجودة .

- المساهمة فيما يطلب منها من ارشاد غذائى او صحى .

- الافادة من التقدم فى علوم الوراثة والهندسة الوراثية والتربية التى تضاعف الانتاج بالتحسين الوراثى للسلاسل والاصناف ، ومن تحسين وسائل وطرق المعاملات الزراعية (تسميد - رى - تخطيط .

سياسة الرعاية الصحية للفم والأسنان

أصبح طب الأسنان - في العصر الحديث - مجالا واسعا يحتاج الى تقسيمه لعلوم مختلفة تشمل فروعاً كثيرة ، يمثل كل منها تخصصا دقيقا ، وظهر في البلاد المتقدمة أطباء قصرُوا ممارستهم لمهنة طب الفم والأسنان على تخصص واحد مثل تقويم الأسنان وطب أسنان الأطفال . ولقد كان لهذا التقدم الملحوظ في خلال السنوات الأخيرة - سواء في المجال العلمي أو في مجال الأجهزة والمواد المستخدمة - أثر كبير في تطوير المهنة وفي طرق علاج أمراض الفم والأسنان .

طب الفم والأسنان في مصر :

مرت مهنة طب الفم والأسنان في مصر خلال القرن الماضي وأوائل هذا القرن بنفس الدور الذي مرت به من قبل مهنة الطب ، فقام - الى جانب الأطباء المؤهلين - الأدعياء والمرضون بممارسة الجراحات الصغيرة وظهرت فئة لا تحمل مؤهلات جامعية وتعتمد في هذا المجال على مجرد الممارسة وكانوا يقومون بخلع الأسنان وتركيب أخرى صناعية بدلها .

وفي عام ١٩٢٥ أنشأت الدولة مدرسة لتخريج أطباء الأسنان صارت فرعا من كلية الطب ثم صارت كلية مستقلة تابعة لجامعة القاهرة ، تلتها كليات أخرى في جامعات : الأزهر والاسكندرية وطنطا والمنصورة ، حيث

الحساسة ، مع تشجيع الاستثمار المشترك في هذا المجال بمختلف الحوافز والتسهيلات .

- إعادة النظر في سياسة الدعم ، فهي من العوامل التي تؤدي الى الاستهلاك ، وبخاصة بالنسبة للخبز والارز والسكر ، وبالتالي تدفع الدولة الى مزيد من الاستيراد ، فضلا عن انها تستغل في استخدام بعض المواد المدعمة في غير الأغراض التي خصصت لها .

- ان يكون للتعاونيات الزراعية والانتاجية من ناحية ، والاستهلاكية من ناحية أخرى دور رائد و اساسي في عملية تضيق الفجوة بين امكاناتنا الحالية وما يجب ان نحققه في المدى القريب والبعيد من نتائج في مجال الانتاج والاستهلاك الغذائي .

- تكوين جمعيات تتبثق من التنظيمات النسائية وغيرها للتوعية بالغذاء الصحي ويمكن المبادرة بتكوين « جمعيات للمستهلكين » بالقاهرة والمدن الكبرى .

- زيادة الاهتمام ببرامج تنظيم النسل .

- اعمالا لميثاق التكامل بين مصر والسودان - ولصالح البلدين - ينبغي المبادرة الى تطبيق مضمون هذا الميثاق ، فيما يتصل بالزراعة والانتاج الحيواني مع اعطاء اولوية لمشروعات تربية الحيوان وانتاج الحبوب الزيتية والبده بمشروعات محددة تحقق اكتفاء ذاتيا للسودان وفانضنا يوجه الى مصر .

والبلدان العربية والصديقة .

أمراض الفم والأسنان فى مصر :

تزيد نسبة الإصابة فى الفم والأسنان على ٩٠ ٪ من سكان العالم ، ومن ثم فهى أوسع الأمراض انتشارا ، الأمر الذى الاهتمام يوجب الاهتمام بعلاجها والعمل على الوقاية منها .

ويمكن تقسيم المسئوليات فى مجال طب الأسنان الى مسئوليات وقائية وأخرى علاجية ثم مسئوليات طوارئ كالتهابات والالام الحادة المفاجئة والنزيف والحوادث ولا سيما الكسور .

وفيما يلى الوضع القائم فى مصر بالنسبة لكل منها :

أولا : الناحية الوقائية :

ليس هناك أعمال أو أنشطة ذات قيمة فى الوقت الحالى فى مجال الناحية الوقائية ، ويمكن تقسيم الأعمال أو الإجراءات الوقائية فى هذا المجال الى :

الثقافة والدعوة وإيقاظ الوعى الصحى :

يكاد الوعى الصحى لطب الأسنان فى مصر يكون منعدما ، الأمر الذى يؤدى الى مشكلات صحية تنتهى بأعباء اقتصادية ، مما يستلزم أن تمتد الثقافة والدعوة وإيقاظ الوعى الصحى فى هذا المجال الى أجهزة الدعوة الصحية ووسائل الاعلام ، التى كثيرا ما تنشر معلومات وإعلانات تخالف القواعد الصحية المرعية ، بسبب عدم عرض ما ينشر من خلالها على المتخصصين للنظر فيه سواء من الناحية الطبية أو من ناحية التوجيه القومى ، قبل إجازة نشرها ، أسوة بما يحدث فى ميدان السينما فى بعض البلدان المتقدمة ، حيث يوجب القانون عرض أى مشكلة طبية ترد فى الافلام على أخصائى مسئول ، يتحتم عليه إبداء الرأى العلمى والتوجيه بلامقابل .

كما يجب التركيز على ترشيد الوعى الصحى والدعائى لطلبة طب الأسنان وللممرضات ولدرسى التعليم العام ، لأثرهم الفعال فى هذا الميدان علاوة على إقامة أسبوع سنوى لنشر الدعوة الصحية وتوعية

١٧٢

الجهامير ، تشرف عليه وزارة الصحة وكليات وجمعيات طب الأسنان ونقابة أطباء الأسنان وشركات الادوية ، وهيئة الصحة العالمية - التى طالما أبدت استعدادها للمعاونة فى هذا السبيل - وذلك بهدف تبصير الجماهير بأهمية الوقاية وضرورة المبادرة بالعلاج ، عن طريق المحاضرات والافلام والتمثيلات والكتيبات واللوحات اوالمصقات والمسابقات ذات الجوائز ومشاركة السينما والتلفزيون والاذاعة والصحف ليكون الأسبوع امر محسوسا .

المشروعات والاجراءات الوقائية :

أ- اجراءات الفحص والمسح الصحى الشامل للجمهورية : ويجب التركيز هنا على تلاميذ المدارس وطلبة الجامعات وعمال المصانع ، ولا سيما فى العمر المبكر والمجندين وهناك اجراءات قائمة فى هذاالميدان ، ولكنها تحتاج الى مزيد من الجهد والتخطيط والتمويل ، ثم وضعها فى اطار الخطة الشاملة لعلاج الاسنان وللعلاج الصحى .

ب) الاجراءات الوقائية :

١) عنصر الفلور فى مياه الشرب :

ثبتت أهمية وجود هذا العنصر فى مياه الشرب ، وفى أنواع مختلفة من الاطعمة المتداولة ، كعنصر فعال تتركز أهميته فى فترة تكلس الأسنان ، حيث أن الوضع الذى تتكلس عليه الاسنان لا يتغير باستخدام أى نواء أو غذاء بعد ذلك . على أن وجود الفلور فى تلك المصادر يجب أن يكون بنسب محددة ، حيث تتسبب زيادتها فى ظهور بقع ميناء الأسنان (أى التسمم الفلورى) ، كما أن الاسنان تتعرض للتسوس فى حالة نقصه .

وفى مصر يعتبر ماء النيل مصدر مياه الشرب لأغلبية السكان ، على أن هناك مناطق مختلفة فيها وادى النيل وفى سيناء وفى الصحراء الشرقية والغربية يصاب فيه السكان بتقاع الاسنان بسبب الشرب من مياه أبار مشبعة بعنصر الفلور يزيد عن الحد السوى لتعاطيه . وقد اوضحت البحوث المختلفة - منذ بدأ الاهتمام بالفلور وأثره على الاسنان

أوضحت البحوث المختلفة - منذ بدأ الاهتمام بالفلور وأثره على الأسنان - أن هناك علاقة ثابتة بين وجود الفلور في مياه الشرب بنسب محددة ، طبيعيا أو صناعيا وبين انخفاض نسبة التسوس في الأسنان .

والفلور عنصر موجود في مياه الشرب ، سواء كانت من مياه النيل أو من مياه الآبار ، ويلزم التحكم في نسبته ، للحصول على أفضل النتائج سواء بزيادة هذه النسبة أو خفضها .

وقد بدأ الاهتمام في مصر بموضوع إضافة الفلور إلى مياه الشرب للوقاية من تسوس الأسنان في لجنة الشؤون الصحية بالمجلس الدائم للخدمات العامة سنة ١٩٥٣ وقدمت بحوث وتوصيات عديدة في هذا الشأن تعثر تنفيذ ما انتهت إليه برغم قلة تكاليف الأجهزة الحاقنة لمركبات الفلور أو في المواد المطلوب إضافتها ، التي اتضح أنها توجد كنواتج إضافية في صناعة السماد ، بصورة تصلح للاستعمال لهذا الغرض .

وفي سنة ١٩٦٦ قامت وزارة الصحة بدراسات ميدانية ، مستخدمة طرقا احصائية لولية ، كشفت عن انتشار تسوس الأسنان بالبلاد ، الأمر الذي دعاها إلى استشارة خبير من هيئة الصحة العالمية ، قام بزيادة ميدانية لمراقب المياه بالجمهورية وكذلك لمصانع شركات الاسمدة ، وهي التي تنتج الفلورينات كنواتج جانبية . وقد أوصى بضرورة إضافة الفلور إلى مياه الشرب وقامت هيئة الصحة العالمية بإيفاد كيميائي من وزارة الصحة ، ومهندس صحي من مرفق مياه الاسكندرية وكيميائي من شركة السماد بكفر الزيات لاكتساب الخبرات الضرورية لهذا الغرض ، علاوة على استيراد أجهزة الإضافة ، التي تم تركيبها في سنة ١٩٧٢ بالاسكندرية في محطة مياه فرق الجراية .

وعلى الرغم من توصيات هيئة الصحة العالمية وقيامها بكل ذلك ، وبرغم توصيات اللجنة الفنية للأسنان بوزارة الصحة ، فلم تتم إضافة الفلور إلى مياه الشرب خلال هذه السنوات العشر الأخيرة .
وجدير بالذكر أن اللجنة الفنية للأسنان بوزارة الصحة قد لفتت

النظر إلى أن بعض مصادر المياه في مصر تحتوي على النسبة المطلوبة كما أن بعضها يحتوي على نسبة أعلى وأوصت بضرورة المحافظة على نسبة تتراوح بين ٠.٨ إلى جزء في المليون .

وقد وجد الفلور في مياه الشرب بنسبة تتراوح بين جزء في المليون (ملجرام في اللتر) على حدود الوادي في أماكن لا تأخذ مصادرها من النيل وبين ١.٦ جزء في محافظات الشرقية والمنيا واسيوط وكذا الصحراء الغربية .

وقد عاد الاهتمام بموضوع فلورة المياه وصحة الفم في المؤتمر الثامن والعشرين لهيئة الصحة العالمية سنة ١٩٧٥ ، فتضمن تقرير هذا المؤتمر أن هناك معلومات كافية عن أمان وفعالية الفلور في الوقاية من تسوس الأسنان ، وقد أهابت هذه بالدول الأعضاء أن يضمنوا خطة الصحة القومية برامج الوقاية من تسوس الأسنان ، واعتبار هذه البرامج ذات أولوية خاصة .

٢) عنصر الفلور في الأشربة :

يمكن إضافة الفلور كعامل وقائي - ولا سيما في الأماكن التي يصعب إضافة الفلور فيها لمياه الشرب - ملح الطعام ولعصارات الفواكه والألبان وغير ذلك وفي حالة اللجوء إلى هذه الطريقة يجب بيان ذلك على الملصقات المغلفة لمحتوياتها .

٣) عنصر الفلور في الأطعمة :

من مصادر الفلور المواد الغذائية التي يكثر تناولها في جهات مختلفة من البلاد ويمكن عن طريق هذه المواد زيادة كمية الفلور المأخوذة من مصادر طبيعية ، ولا سيما في تغذية الأطفال .

٤) عنصر الفلور موضوعيا :

والطريق الثالث لاستعمال الفلور لوقاية الأسنان من التسوس تجرى عن طريق دهانات أو كسوات خاصة تحتوي على المادة المذكورة ، تكسى بها أسطح الأسنان وفجواتها الطبيعية ، وعلى الخصوص أسنان الأطفال ويبدأ تطبيق ذلك على الأطفال في عمر محدد ، ثم يمتد حتى يشمل قطاع الأطفال بصورة شاملة في مختلف الأعمار .

الآثار الجانبية لزيادة نسبة الفلور

تعتبر فترة الطفولة وهي مرحلة تكلس الاسنان مرحلة حرجة اذا ما زادت نسبة الفلور في الماء او فيما يتناوله الفرد - على وجه العموم - الى النسبة المقررة .

واعلى نسبة تركيز للفلور في مياه الشرب مسموح بها تقترب من الجزء في المليون ولا تتعداه ، الا ان اختلاف المواقع ، واختلاف درجات الحرارة والرطوبة ، وما يتتبعها من اختلاف كمية الماء التي يتناولها الفرد على مدار السنة تحدد النسبة المثلى المرغوب في وجودها في مياه الشرب .

وقد وجد ان متوسط استهلاك مياه الشرب للبالغين في جو معتدل يتراوح ما بين ١.٢ لترا الى ١.٦ لترا في اليوم فاذا ما احتوى الماء على جزء في المليون من الفلور فان ذلك يعنى ان ما يتناوله الفرد من الفلور في اليوم يتراوح ما بين ١.٢ الى ١.٦ مليجرام في اليوم .

وتجاوز تلك النسبة لفترة متصلة يودى الى آثار جانبية أولها ضعف تكلس الاسنان الذي يظهر في صورة تبقع الاسنان الخفيف اذا تعدت نسبة الفلور في مياه الشرب جزءا في المليون .

ثانيا : الناحية العلاجية :

يقوم على النواحي العلاجية لطب الاسنان في مصر الجهات التالية:

(١) وزارة الصحة :

تقوم وزارة الصحة - عن طريق مستشفياتها التي بها عيادات لعلاج الاسنان ، والعيادات المستقلة التابعة لها - بعلاج المواطنين بالمجان ، كما يقوم بعضها بتزويدهم بالاجهزة التعويضية بالفم ، عن طريق معامل خاصة ملحقة بتلك العيادات ، وفيما يلي بيان بتلك المستشفيات والعيادات :

- ٢٣١ مستشفى بها عيادات لعلاج الاسنان

- ٢٢٨ وحدة لعلاج الاسنان بالصحة المدرسية .

- ٧٠٧ وحدات علاج اسنان بالقطاع الريفي .

- ٢٦١ مركزا تشمل عيادات الاحياء والمراكز الطبية ومراكز رعاية

الطفل والعيادات الشاملة ومراكز البحوث .

وتبلغ جملة ما سبق ١٤٢٧ موقعا يزيد عدد وحدات الاسنان -

الكراسى واجهزتها - بها على ١٥١١ ويعمل بها ٢٧٢٠ طبيبا . وهناك

١٤٧٠ طبيبا آخرين في اعارات او اجازات خارج القطر .

ومن ذلك يتضح ان الاطباء الحكوميين العاملين الذين يؤتون الخدمة العلاجية المجانية في مصر يمثلون طبيبا لكل ١٥ ألف من السكان ، كما يتضح قلة عدد وحدات الاسنان (الكراسى واجهزة الاسنان) بالنسبة لعدد الاطباء بجانب المآخذ المختلفة على تزويد وإعداد تلك الوحدات .

أما عن التقنيين ومعامل الاسنان فهناك ٥٨ معملا للاسنان يقوم بالعمل فيها ١٨٤ تقنيا وهناك ١٧٦ تقنيا آخرين في اعارات بالخارج . وعليه يمثل التقنيون العاملون واحدا لكل ١٦٠ ألفا من السكان أو واحدا لكل ١٥ من الاطباء .

(٢) التأمين الصحى :

تقوم الهيئة العامة للتأمين الصحى بعلاج اسنان المشتركين فيها ، مقابل رسوم تأمينية ، وقد بلغ حجم خدماتها :

- عدد عيادات طب الاسنان (الكراسى واجهزة الاسنان) = ٨٧

- عدد الاطباء المعنيين بالهيئة والعاملين بها = ١٢٢

- عدد الاطباء المتعاقدين والعاملين بتلك الوحدات = ٧٨

وبذلك يكون عدد الاطباء العاملين في تلك الوحدات ٢٠٠

- عدد الاطباء المتعاقدين مع الهيئة من الخارج

(عيادات خاصة) = ١٢٧

- عدد معامل الاسنان = ٢

ويبين الجدول التالى توزيع تلك الخدمات (عدا الاطباء العاملين من

خارج الهيئة) :

والنزف بعد خلعها ، كما تشمل حالات كسور الفك بسبب الحوادث .
ويجب اجراء بحث استطلاعى لتقدير حجم هذه الحالات بهدف انشاء
وحدات طوارئ خاصة بها تلحق بوحدة الطوارئ الطبية فى مختلف
المحافظات ، تزود باجهزة ومعدات لاسعاف الاساسية ويلحق بها ا و
ينتدب لها أطباء يديرون هذه الخدمة ويعملون فى نوبات بتلك الوحدات .
على ان ذلك لا يعنى انشاء عيادات حديثة ، بل الاغلب ان تنشأ تلك
الوحدات ضمن الكليات الجامعية او مستشفيات وزارة الصحة على ضوء
دراسة اللجنة التى تقوم بالبحث الاستطلاعى الذى سبقت الاشارة اليه .
مجالات وعناصر الخدمات فى طب الاسنان : يمكن حصر ميادين
خدمات طب الاسنان وعناصرها فيما يلى :

أ- ميادين أساسية يجب توجيه اهتمام طب الاسنان اليها فى
ناحيته :

الوقائية والعلاجية وتشمل :

- الحوامل

- الاطفال وتلاميذ المدارس

- طلبة الجامعات والمعاهد العليا ،

- العمال

- المجندون

- كبار السن

ب - العناصر البشرية : وتشمل الاطباء والتقنين والمساعدات
والمهندسين الطبيين وأفراد السكرتارية وأمناء المخازن فى مجال طب
الاسنان وفيما يلى دراسة عن كل من هذه الفئات :

أولا : أطباء الاسنان :

ويمكن تقسيم الاطباء الى الفئات الآتية :

- الاطباء القائمين بالتدريس بالجامعات ومراكز البحوث ومراكز
التدريب .

- الاطباء القياديين والاداريين والوقائيين بوزارة الصحة ومختلف

| العيادات | الأطباء | |
|--------------|---------|-----|
| القاهرة | ١٩ | ٧٣ |
| الاسكندرية | ٣٠ | ٣٣ |
| الوجه البحرى | ٢٢ | ٥٠ |
| الوجه القبلى | ١٦ | ٤٤ |
| المجموع | ٨٧ | ٢٠٠ |

ومن ذلك يتضح الاضطراب الكبير وانعدام التوازن بين عدد الاطباء
والوحدات التى يعملون بها ، وكذلك عدم اتساق توزيع الوحدات
بالجمهورية .

٣) مستشفيات كليات طب الاسنان : فى جامعات القاهرة والأزهر
والاسكندرية وطنطا والمنصورة .

٤) مستشفيات القوات المسلحة : وتؤدى خدماتها لافراد هذه
القوات وأسرهم .

٥) عيادات المؤسسات والشركات : تقوم بحكم القانون الذى يحتم
تقديم الخدمات الطبية باشتراطات خاصة .

٦) العيادات الخاصة : تؤدى خدماتها للجمهور مقابل اتعاب وينبغى
تحديد مواصفات خاصة لهذه العيادات من ناحية الموقع والتجمعات
والاشتراطات الصحية والنظافة ومستوى المعاونين ، وكذلك من ناحية
الاجهزة الضرورية والمواد والتعقيم ، مع ضرورة ترشيد تكاليف العلاج ،
والعمل على توفيره لمختلف الفئات بما يتناسب مع دخولهم .

ثالثا : خدمات الطوارئ :

ليس فى مصر - على وجه العموم - خدمة منظمة للطوارئ فى
طب الاسنان على مستوى الجمهورية ، غير أن كلية طب الفم والاسنان
فى جامعة القاهرة قد افتتحت اخيرا عيادة مجهزة لهذا الغرض تعمل
يوميا أربعاً وعشرين ساعة .

وخدمة الطوارئ فى طب الاسنان تشمل الألام الحادة بالاسنان ،

١٩٨٢/١/١ ٧٠٦٣ طبيباً في ١٩٨٣/١/١ بلغوا ٧٨١١ طبيباً بزيادة ١٦٨٢ طبيباً عن ١٩٨١/١/١ . أى بزيادة ٨٤١ طبيباً في المتوسط كل سنة ، وهذات عدد الخريجين سنة ١٩٨٠ أخذين في الاعتبار ان الرقم المذكور يشمل اطباء من غير المصريين يعودون الى بلادهم بعد التخرج . وفي الصفحة التالية بيان بعدد طلبة كليات طب الاسنان بمصر وخريجيتها وأعضاء هيئة التدريس بها سنة ١٩٧٩ - ١٩٨٠ .

ومع مراعاة ان هناك اتجاهات في جامعتي القاهرة والاسكندرية نحو الحد من عدد المقبولين بهما ، فقد بلغ عدد خريجي جامعة القاهرة ٤١٦ طبيباً سنة ١٩٨١ ثم ٣٤٣ سنة ١٩٨٢ . ومع مراعاة الاتجاه للتوسع في القبول في الجامعات الاقليمية وبدء جامعة المنصورة في تخريج اطباء اسنان فيها ، فانه ينتظر أن يكون عدد اطباء الاسنان المصريين المتخرجين سنوياً ٨٤٠ طبيباً ، ليصل سنة ٢٠٠٠ الى ١٦٨٠٠ طبيباً ، اذا اضيفوا الى عدد اطباء الاسنان في ١٩٨١/١/١ يصل مجموع اطباء الاسنان في مصر سنة ٢٠٠٠ الى ٢٢٩٢٩ طبيباً ، يهبط مع احتساب معدل التاكل السنوي (٢ ٪) الى ٢٢٤٧٠ طبيباً ، اذا استمر القبول بالمعدل الحالي ، لتكون نسبة الاطباء الى عدد السكان (والمقدر بخمسة وستين مليوناً) ١ : ٢٨٩٣ .

واذا وصل عدد السكان الى سبعين مليوناً فان النسبة تصل الى ٣١١٥:١ ولما كانت هذه النسبة تعتبر عالية فانه يجب البدء فوراً في النظر في تحديد اعداد المقبولين من الطلبة في كليات طب الاسنان سنوياً ، على أن يؤخذ في الاعتبار الاعداد المطلوبة والمتوقعة للدول العربية والافريقية والصديقة .

ويجب ان يلاحظ عند التخطيط لعدد الخريجين في الجامعات المختلفة أن تراعى امكاناتها واماكنها في الجمهورية .

وفي هذا الصدد يلاحظ أن جميع كليات طب الاسنان تقع بالقاهرة والوجه البحرى ويجب توجيه الاهتمام عند انشاء الكليات الجديدة الى اعطاء الاولوية لانشاء كلية لطب الاسنان بجامعة اسبوط لتخدم

الهيئات .

- الاطباء المعالجين بما فيهم الاطباء غير العاملين بوظائف حكومية.

المعدلات الدولية لاطباء الأسنان :

تشير البيانات المتاحة عن معدلات أطباء الأسنان بالنسبة لعدد

السكان في بعض الدول الى ما يأتى :

- في السويد تبلغ هذه المعدلات ٨.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- في الدنمارك تبلغ النسبة ٧.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة .

- في فنلندا تبلغ النسبة ٦.٦ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- في الولايات المتحدة الامريكية يوجد ٥.١ طبيب اسنان لكل عشرة

آلاف نسمة .

- في الجزائر تبلغ النسبة ٢.٢ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة

- في السودان يوجد ٠.١ طبيب اسنان لكل عشرة آلاف نسمة .

وفيما يلى عرض لوضع اطباء الاسنان في مصر ، ونسبتهم الى

عدد السكان ، وما يجب اتخاذه لتوفير العدد اللازم :

- جاء في تقرير لجنة الشئون الصحية بالمجلس الدائم للخدمات في

١٠ / ٤ / ١٩٥٥ أن نسبة اطباء الاسنان الى السكان بلغت ١ : ٣٧٦٧١ ،

كما ان ٧٢ ٪ منهم موزعون لخدمة ٢٠ ٪ من السكان و ٢٨ ٪ فقط

يخدمون الـ ٨٠ ٪ الباقين .

- في احصاء سنة ١٩٧٩ بلغ عدد اطباء الاسنان في مصر ٤٦٣١

طبيباً منهم ١٨٤٤ طبيباً بوزارة الصحة (٢١.٢ ٪ منهم يعملون في

الصحة المدرسية و ٣٧.٢ ٪ يعملون في الصحة الريفية) ، وكانت نسبة

اطباء الاسنان الى السكان ١ : ٨٨٣٤

- في سنة ١٩٨١ : بلغ عدد اطباء الاسنان المقيدون في سجلات

النقابة في مصر ٦١٢٩ طبيباً في اول يناير ١٩٨١ .

- وكان خريجو كليات طب الاسنان في مصر سنة ١٩٨٠ (تسجيل

اول يناير ١٩٨١) ٨٤١ طبيباً ، وهو نفس معدل السنتين التاليتين .

فقد بلغ الاطباء المسجلون في النقابة (الاطباء المصريون) في

بيان بعدد طلبة كليات طب الاسنان بمصر
وخريجها وأعضاء هيئة التدريس بها سنة ٧٩ - ١٩٨٠

| م | الجامعة | عدد الطلبة | عدد الخريجين | عدد أعضاء هيئة التدريس | |
|---|------------|------------|--------------|------------------------|-------|
| | | | | أصلي | منتدب |
| ١ | القاهرة | ٢٠٦٤ | ٤٦٧ | ٩٧ | ٤٣ |
| ٢ | الاسكندرية | ١٠٤٧ | ٢٦٦ | ٧٩ | ٦١ |
| ٣ | طنطا | ٤١٧ | ٧٧ | ١٤ | ٢٤ |
| ٤ | الازهر | ٢١٠ | ٣١ | | |
| ٥ | المنصورة | ١٤٠ | ... | ٣ | ... |
| | المجموع | ٣٨٧٨ | ٨٤١ | ١٩٣ | + ١٣٨ |

محافظات الصعيد ، ولا سيما أنه سبق أن تقرر انشاؤها وارسلت البعثات للخارج من أجل اعداد هيئة التدريس بها ، ثم رضى العدول عن ذلك ووزع المبعوثون على جامعتى : القاهرة والاسكندرية .

وتأخير اتخاذ هذا الاجراء يعنى انفاقا بلاعائد ، وتخريج عدد غير مطلوب من الاطباء فى وقت يلزم فيه ما يأتى :

- التركيز على تخريج مستوى أعلى من الاطباء المدربين .

- توجيه الموازنة الى تزويد الاطباء بالمعدات اللازمة للخدمة وهى بالغة التكلفة .

- توجيه الاهتمام الى النهوض ببرامج تعليم وتدريب واعداد اطباء الاسنان .

- هذا ويرعاه الطلبة الذين يوجهون لدراسة طب الاسنان مشكلات تنحصر فى :

- اسلوب انتقاء الطلبة فى هذا الميدان : حيث يتم بناء على ترشيحات مكتب تنسيق القبول للجامعات ، بناء على مجموع درجات الامتحان التهانى للشهادة الثانوية ، وهو أمر لا يتيح اجتذاب الأفضل فى مجال طب الاسنان .

- قصور مستوى التدريب فى مرحلة الدراسة : ان برامج التعليم الحالية ليست قاصرة عن تخريج اطباء اسنان على درجة كافية من العلم ولكن المشكلة الاساسية فى مصر هى قصور مستوى التدريب ، ولذلك أسباب واضحة اهمها :

ضيق المعامل ونقص اجهزتها وقلة العيادات وقلة كراسى العلاج بالنسبة للطلبة والدارسين بالدراسات العليا فى طب الاسنان .

- عدم اتاحة استمرار التعليم : اذ لا توجد خطة ثابتة لاستمرار التعليم الاكاديمى من جهة والتدريب العملى للطباء بعد تخرجهم من جهة اخرى ، وهما أمران لازمان للنهوض بالخدمة الطبية فى هذا المجال على الوجه المرضى .

وعلى ضوء ما سبق يجب :

- ايفاد الاطباء فى المستشفيات العلاجية والمؤسسات بصفة دورية منتظمة لحضور برامج خاصة توضع بهدف تزويدهم بكل مستحدث فى العلم وتدريبهم على كل الطرق الجديدة ، علاوة على تشجيع الراغبين منهم للحصول على درجات جامعية فى تخصصاتهم ، مع ايفاد القياديين والمتفوقين منهم الى الخارج للاتصال المباشر والاطلاع على مستوى ارتقاء وطرق تقديم الخدمة الطبية فى مجال طب الاسنان .

- النظر فى اخضاع مدة صلاحية ترخيص مزاوله الطبيب للمهنة طبقا لما يلى :

× إما حضور مقررات خاصة بصفة دورية ، لا تزيد على سبع سنوات لحضور دراسات اكايدمية واكاديمية تنظمها الجامعات المختلفة كما يحدث فى الكتلة الشرقية .

× أو حضور مقررات يختارها الطبيب ، سواء منها ما تنظمه الجامعات او الجمعية الطبية ، وحصوله على ما يثبت ذلك الحضور بشكل مرض ، كما يحدث الآن فى الولايات المتحدة .

كذلك يجب تنشيط عضوية الاطباء بالجمعيات الطبية ، وتشجيعهم بكل الوسائل على حضور المؤتمرات العلمية ، سواء فى مصر او فى الخارج ، وكذلك تشجيع تلك الجمعيات على عقد المحاضرات والندوات والمقررات بشكل ميسر ودورى ، علاوة على وجود العناية بتشجيع المجالات العلمية فى طب الاسنان ، وفى تزويد الاطباء بال نشرات الدورية العلمية فى مختلف ميادين التخصص وما يجرى فيها من بحوث ، لا سيما أن الوسط العلمى فى ميادين طب الاسنان فى مصر والبلاد العربية ، ينقصه مجلة دورية مبسطة تعنى بالنواحي الاكلينيكية وبمشكلات الممارسة العامة لتزويد الممارس العام لما يحتاج اليه من بحوث وتعريفه بالجديد فى مجال الاجهزة والادوات والمواد والادوية .

الدراسات العليا : هذه الدراسات ضرورية ولازمة فى مجال طب الاسنان لتكوين الباحثين وهيئات التدريس خصوصا بعد تزايد :

أقبال الدارسين لطب الاسنان ، تبعاً للنمو الحضارى والاقتصادى

سواء في مصر أو في البلاد العربية الشقيقة والبلاد الافريقية .

. عدد كليات طب الاسنان في مصر .

. حاجة الجامعات العربية والافريقية الى اساتذة طب الاسنان .

ويراعى طالب الدراسات العليا المبعوث الى الخارج لسد الحاجة

المتزايدة لأعضاء هيئة التدريس في مجال الاسنان صعوبات منها :

× أن القبول في جامعات الخارج اصبح متعذرا ، ويتطلب الانتظار سنين طويلة .

× مصروفات الدراسة وتكاليف المعيشة في الخارج مرهقة .

تعرض المبعوثين عموما ، والمبعوثات خصوصا ، لهزات كبيرة ،

بسبب اختلاف التقاليد والقيم التي تصدمهم في مجتمعات الخارج .

وتخفيفا لمعاناة المبعوثين ، وتقاديا لتعرضهم لآغراءات البقاء في

الخارج ، وهي كثيرة نشأت فكرة اقامة مركز بحوث ودراسات عليا في

طب الاسنان بجامعة القاهرة تكون مهمته :

إعداد وتقديم مقررات عالية التخصص في الدراسات العليا في طب

الاسنان ، مؤدية الى الدرجات الجامعية التخصصية .

× تدريب الباحثين العلميين في طب الاسنان في العالم العربي .

× انشاء برامج مترابطة للبحث العلمي وطرائقه بمعاهد ومراكز طب

الأسنان المختلفة في العالم العربي .

× اعداد مقررات تنشيطية متخصصة وعامة لمدد متفاوتة لاطباء

الاسنان .

× تقويم برامج تعليم طب الاسنان في الوطن العربي .

× انشاء مكتبة علمية عالية التخصص في طب الاسنان وتزويدها

بوسائل الايضاح السمعية والبصرية .

وقد وافق مجلس جامعة القاهرة على المشروع في ٣٠ / ١٢ /

١٩٧٤ ، وعرض على وزراء الصحة العرب ببغداد في فبراير ١٩٧٥ ،

واسهمت منظمة الصحة العالمية بمشورتها وتوصياتها في شأنه ، الامر

الذي يجدر معه البدء في انشاء ذلك المركز الحيوى دون تأخير .

والى ان يتم ذلك فانه يتعين التوسع في الاخذ بنظام الاشراف

المشترك القنوات الدراسية ، الى جانب البعثات الخارجية التقليدية .

ثانيا : تقنيوطب الاسنان :

في مصر تقنيون في طب الاسنان ، منهم المؤهلون ومنهم غير

المؤهلين ، وليس من اليسير حصر عددهم او تقييم كفاءتهم ويلزم ان

تتراوح نسبتهم الى الاطباء بين ١ : ٧ ، ١ : ١٠ الامر الذي يعنى ان

المطلوب توفيره منهم في سنة ٢٠٠٠ سيكون عددا يتراوح بين ١٠٠٠ و

١٥٠٠ تقنى .

وتوجد في مصر معاهد لإعداد تقنيين على مستوى عال للعمل في

المعامل الملحقه بعيادات ومستشفيات طب الاسنان ، في تصميم وصنع

ترميمات للاسنان المصابة وتمريضات للاسنان المفقودة بناء على

مقاسات او طبعات او وصفات تتم بمعرفة الطبيب .

وهناك حاجة ملحة للتوسع في قبول الطلاب بهذه المعاهد والارتفاع

بمستوى خريجها وذلك بزيادة فترة الدراسة لمدة ثلاث سنوات ، يمكن ان

يضاف اليها سنة دراسية للتخصص الدقيق و للاستزادة من الناحية

العلمية من أجل الوصول بهم الى مستوى المعاهد العليا ، على أن تكون

السنة الدراسية ٣٠ أسبوعا .

ثالثا : مساعدات طب الأسنان :

أن انشاء معهد لتخريج مساعدات مؤهلات لطب الاسنان أصبح الآن

ضرورة للارتفاع بمستوى العلاج وخفض تكاليفه .

والغرض من هذا المعهد تخريج فتيات مؤهلات للقيام بالمساعدة في

عيادات طب الاسنان ، يكن على مستوى معين من التعليم والخبرة يمكنهن

من حمل شطر من العبء عن طبيب الاسنان ، مما يتيح له استقبال

وعلاج عدد اكبر من المرضى ، الامر الذي يؤدي الى الاكتفاء باقل

عدد ممكن من الاطباء ، مما يوجب أن يستهدف الوصول بهن الى نسبة

مساعدة لكل ٣ اطباء ، أى بما لا يقل عن ٣٥٠٠ مساعدة سنة ٢٠٠٠ ،

باعتبار أن الاطباء يقومون باعمال غير علاجية .

وتقبل في المعهد الفتيات الحاصلات على شهادة الدراسة الثانوية ،
ومدة الدراسة به سنة دراسية بواقع ٣٥ اسبوعا دراسيا و ٣٠ ساعة
دراسة في الاسبوع .

رابعا : المهندسون الطبيون (في ميدان طب الأسنان) :

تستدعى الحاجة وجود طبقة من المهندسين المتخصصين في أجهزة
طب الأسنان لصيانة وتطوير وتصنيع هذه الأجهزة محليا ، بدلا من
قيام عمال غير مؤهلين من ناحية وغير كافين من ناحية أخرى لهذه
المهمة .

وقد افتتحت كليات الهندسة اقساماً للهندسة الطبية بدأ أثرها في
الظهور ويحسن ان تنشأ بها شعب متخصصة في أجهزة طب الأسنان
يكون خريجوها خبراء في تلك الأجهزة من نواحيها الميكانيكية
والكهربائية والإلكترونية .

ويمكن تقدير العدد المطلوب لهذا الغرض حتى سنة ٢٠٠٠ بنحو
٢٥٠ مهندسا صحيا في طب الأسنان يتحدد بدقة على ضوء تطور تلك
الأجهزة وازديادها ودخول مصر في مجال تصنيع تلك الأجهزة واحتمال
تصديرها للبلاد المجاورة ، وخروج عدد من هؤلاء المهندسين للعمل
بالخارج .

خامسا : السكرتارية الطبية والمخزنية :

تحتاج عيادات ومستشفيات طب الأسنان الى فئات من خريجي
معاهد السكرتارية يدرّبون على اجراءات العمل بتلك العيادات بحيث
يقومون باستقبال المرضى واستخراج ملفاتهم والتسجيل الطبي ، علاوة
على أعمال المخازن ، مع تعريفهم بالمخزونات المختلفة .

وجود مثل هذه الفئة يكفل تحسين الخدمة وسرعتها وإتاحة الفرصة
للأطباء ولمساعدين طب الأسنان لاداء خدمة أكثر وأفضل بدلا من
قيامهم حاليا بتلك الاعمال .

ويجدر البدء بتدريب مجموعة - يمكن تقديرها بخمس وعشرين
طالبة - من خريجات معاهد السكرتارية سنويا ، بعد اعداد المقررات

المناسبة لهن مع الاستعانة بالمقررات الخاصة بتعليم مساعدات طب
الاسنان ، وذلك للعمل بمستشفيات ومؤسسات طب الاسنان وشركات
تصنيع وتوزيع أجهزة ومواد طب الاسنان ، علاوة على عملهن بالعيادات
الخاصة ، وعلى ضوء نتيجة هذه التجربة يمكن تحديد الاعداد المطلوبة
منهن حتى سنة ٢٠٠٠ .

الأجهزة والمستلزمات الطبية :

أولا : العناصر الضرورية :

يتطلب نجاح اي مشروع علاجي أو أى برنامج صحى عناصر
ضرورية بشأن أجهزته ومستلزماته الطبية وهذه العناصر هي :

- وجود اماكن مناسبة تكفل استخدام هذه الأجهزة بصورة فعالة
للعلاج ، وتتيح اماكن الانتظار وحفظ الملفات وأماكن مناسبة للتخزين .

- وجود مراكز صيانة لهذه الأجهزة والمستلزمات .

- قطع غيار كافية لتلك الأجهزة : وقد يسبب نقصها في بعض
المستشفيات اضطراب عدد من الأطباء بينما المفروض أن يعمل الطبيب
على أكثر من جهاز من أجل أداء أفضل وأسرع وهو أمر يشير
بوضوح الى ضرورة تصنيع كل ما يمكن تصنيعه محليا ، مع رصد
الميزانيات اللازمة لذلك سواء لصنع تلك الأجهزة والمعدات أو توفير المواد
والادوية والكيماويات .

- وجود قوى بشرية مدربة لصيانة تلك الأجهزة : وذلك بتخريج
المهندسين الطبيين اللازمين وفننى الصيانة المدربين .

ثانيا : تصنيع الأجهزة والادوات والمواد والكيماويات والادوية في
مصر :

الأجهزة اللازمة للعلاج في مجال طب الأسنان أو في تعليمه من
أكثر الأجهزة تكلفة وتعتمد مصر في توفيرها اعتمادا يكاد يكون كليا
على الاستيراد ، سواء من الكتلة الغربية أو الشرقية . ومع تزايد انتشار
أمراض الأسنان ، ومع تزايد الإقبال على العلاج ، بدأت هذه الأجهزة
تشكل عبئا اقتصاديا ، سواء على الدولة أو على الأطباء خاصة وأنه

- ب- المسابر والمناقش والمباسط المختلفة لانواع الاسمنت ومواد الطبقات وسكاكين الشمع المختلفة .
- ج- اوعية طبخ الاكريل .
- د- اللوحات البلورية المستعملة فى عجن المواد اللازمة ومواد القياس .
- هـ- سلاطين العجن المطاط والبلاستيك .
- و- ماسكات افلام الاشعة فى الفم وفى التحميص .
- ز- فرن الاسنان .
- المواد المستعملة فى طب الأسنان :
- أ - القطن الطبى الملفوف (الاصابع) والتندف والمقطع .
- ب- مواد الجبس سواء للمقاسات أو للصب (ويوجد خامة ممتازة له فى سيناء) .
- ج - مواد قياس الطبقات من الاجينات والمطاط الصناعى وعجائن اكسيد الزنك والبوجينول .
- الادوية :
- أ- البنج الموضعى (ولا سيما الكاربولات بما يكفى الاستهلاك المحلى) .
- ب- انواع المضغضة المختلفة واقراصها (مطهرة ، مضادة للالتهاب قابضة) .
- ج - معاجين الاسنان الحديثة بما يفى بحاجة البلاد والتطور المنتظر ، ولا سيما المعاجين بالفلور ، تحت رقابة علمية .
- د- المضادات الحيوية والفيتامينات وغيرها مما يدخل فى برامج الادوية الطبية عامة .
- الكيمائيات :
- أ- اكاسيد الزنك .
- ب- زيت اليوجينول او زيت القرنفل .

- يلزم لاستيرادها تدبير اثمانها بالعمله الحرة .
- ومن هنا بدت مشكلة تصنيع تلك الأجهزة امرا ملحا يلزم مواجهته ، خصوصا مع توفر الخبرات ووجود الشركات القادرة على التصنيع ، مما يحقق لها ارباحا تضمنها حاجة السوق لهذه الاجهزة .
- ويمكن حصر احتمالات التصنيع ، سواء للأجهزة او الادوات او المواد أو الكيمائيات أو الادوية ، فى الجهات الآتية :
- الشركات الاجنبية المتخصصة فى صنع اجهزة طب الاسنان بعد الاتفاق معها على تصنيعها محليا .
- شركات الاستثمار القادرة ماليا على بدء مشروعات جديدة فى هذا المجال .
- شركات الادوية المصرية ، وشركات الادوية القائمة - بالتعاون مع الشركات الاجنبية - حاليا بتصنيع مجموعة من الادوية ، فى مجال طب الاسنان وغيره من التخصصات ، كالمضغضات والفغرغة والمضادات الحيوية والفيتامينات وما الى ذلك .
- ويمكن تحديد الاجهزة والادوات والمواد والادوية المرغوب تصنيعها فى مصر مبدئيا فيما يأتى :
- الأجهزة :
- أ - أجهزة العلاج (وحدات طب الاسنان)
- ب - كشافات العمليات .
- ج - اجهزة اشعة الاسنان واجهزة الاشعة البانورامية .
- د - اجهزة التعقيم بالماء وبالبخار وبالهواء الساخن ولاشعة .
- هـ - اجهزة مسح المقاسات (السرفايد) .
- و - افران ازالة الشمع .
- ز - مصابيح بنزن او ما يعادلها والمصابيح الكحولية .
- الادوات
- أ - المرايا .

ج- انواع ملاط الاكسى فوسفات الاساسية .

د- املاح ومحاليل تحميض وتثبيت افلام الاشعة .

هـ- محاليل التعقيم البارد .

اثاث عيادات ومعامل طب الاسنان :

أ - هياكل وحدات الاسنان (اليونيت) .

ب- صوانات مواد واجهزة طب الاسنان (الكائنات) الثابتة

والمتحركة .

ج- هياكل كشافات العمليات .

د- كراسى عمليات (المرضى) .

هـ- كراسى اطباء والمساعدات المتحركة .

و- وحدات تحميض افلام الاشعة .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات فى

المجلس يوصى بما يلى :

- اجراء الفحص الشامل لسكان الجمهورية والاسراع فى اعداد

البطاقة الصحية التى توضح المساحة الخاصة برعاية الفم والاسنان مع

البدء فوراً بقطاع الصحة المدرسية وقطاع التأمين الصحى ، وهما

قطاعان محدودان وبعد حصرهما يمكن التوسع فى اعداد البطاقة

بالنسبة للفئات الاخرى .

- اعادة توزيع الخدمات العلاجية على مستوى الجمهورية بحيث

تتواءم الخدمات والعيادات وعدد الاطباء مع كثافة السكان وبحيث يراعى

ان يثال سكان الريف من الخدمة ما يثال سكان المدن ، ولا سيما

مدينة القاهرة والاسكندرية وان توجه عناية كافية لخدمة المناطق

الصحراوية ، ولاسيما مناطق سيناء والبحر الاحمر والصحراء الغربية

والوادي الجديد .

- وضع خطة سريعة وعاجلة لاصلاح وتشغيل وحدات الاسنان التى

لا تعمل بوزارة الصحة لعدم صلاحيتها والتى يبلغ عددها حوالى ١٢٠٠

وحدة واعطاء اولوية متقدمة لهذا الموضوع ، مع اعادة تأثيثها تأثيثا

وافيا يزودها بالاجهزة والمعدات اللازمة والابوية ، بحيث لا يقل فيها عدد

الكراسى واجهزة الاسنان - بحال من الاحوال - عن عدد الاطباء .

- الاهتمام بصفة عامة بإعداد وحدات الاسنان وتجهيزها بالمعدات

والادوات اللازمة لتشغيلها مع التركيز بصفة عاجلة على قطاعى الصحة

المدرسية والتأمين الصحى .

- قيام وزارة الصحة بالاشتراك مع الجهات القائمة على مياه الشرب

بوضع خريطة تبين نسبة عنصر الفلور فى مياه الشرب على مستوى

المحافظات المختلفة تحدد فى ضوءها الاماكن التى تزيد فيها نسبة

الفلور وخفض هذه النسبة لتصل الى المعدل الصحى وقلورة المياه فى

الاماكن التى تحتاج الى ذلك ، مع التركيز على اهمية قلورة مياه الشرب

فى المدارس والمصانع - أسوة بما تم فى بعض الدول الاسيوية - وكذلك

فى الجهات التابعة للقوات المسلحة .

- قيام وزارة الصحة بالاشتراك مع وزارة التعليم باستعمال الادھنة

الوقائية لاسنان الاطفال وذلك بالاستعانة بالاعداد الفائضة حاليا من

اطباء الاسنان .

- إعداد عيادات خاصة لخدمات الطوارئ تعمل يوميا اربعا

وعشرين ساعة ، لتكون مستعدة لاستقبال حالات الالام الحادة والنزف

والكسور .

- تخطيط القبول فى كليات طب الاسنان ليتلائم مع الامكانات

الجامعية وتحديد حصة كل كلية من الطلبة على نحو ذلك ، على ان يؤخذ

فى الاعتبار الأعداد المطلوبة والمتوقعة للدول العربية والافريقية

الصدقية .

- تطوير برامج ومناهج التعليم ومستوى التدريب بحيث يوجه

الاهتمام نحو الكيف والتطبيق العملى ، سواء بالنسبة للطلبة او

الخريجين أو مستوى الخدمة .

- الاهتمام بإنشاء مركز الدراسات العليا وبحوث طب الاسنان -
الذى تمت الدراسات الاولى لانشائه - لاهميته الفائقة فى إعداد اعضاء
هيئات التدريس بالجامعات على اعلى مستوى ، وفى تولى مهام
استمرار الدراسة للأطباء الممارسين .

- الاسراع بإنشاء معهد لمساعدات طب الاسنان ، للمعاونة فى
تقديم خدمة طبية أفضل ، ولتمكين الأطباء من خدمة عدد أكبر ، الامر
الذى يؤدي الى خفض الاعداد اللازمة من اطباء الاسنان .

- التوسع فى اعداد القبول فى شعب تقني معامل الاسنان بمعاهد
اعداد الفنيين بما يوفر الاعداد المطلوبة فى هذا المجال .

التأكيد على ضرورة إعداد المهندسين الطبيين فى مجال طب
الاسنان ، بما يفي باحتياجات البلاد منهم .

- إنشاء مراكز صيانة اجهزة ومعدات طب الاسنان ، لتفادى تعطل
هذه الاجهزة وشراء اجهزة جديدة لتعويضها فى حالة عدم صيانتها ،
مما يزيد فى اعباء الدولة وأطباء الاسنان ، الامر الذى يؤدي إلى زيادة
تكاليف العلاج .

- تصنيع معدات واجهزة طب الاسنان ومواده وكيمائياته والاثاثات
الضرورية له محليا ، نظرا لزيادة الحاجة الى اعداد كميات كبيرة منها
مع انتشار أمراض الاسنان وتزايد الاقبال على العلاج ، وتقاديا لعبء
استيرادها بالعملة الحرة ويمكن ان يتم ذلك عن طريق :

، التعاقد مع الشركات الاجنبية - المتخصصة فى صنع هذه
الاجهزة - على تصنيعها محليا .

، شركات الاستثمار القادرة ماليا على اقامة مشروعات فى هذا
المجال .

، شركات الادوية المصرية التى تقوم حاليا بتصنيع مجموعة من
الادوية فى طب الاسنان .

- تدريب بعض خريجات معاهد السكرتارية ، للقيام باعمال
السكرتارية الطبية والمخزنية ، للتخفيف عن اطباء الاسنان ومساعدتهم ،
الامر الذى يكفل تقديم خدمة أفضل ، ويؤدي الى خفض الاعداد اللازمة
من هؤلاء الأطباء ومساعداتهم .

- تنمية الوعى بصحة الفم والاسنان عن طريق تشكيل لجنة من
الأطباء واساتذة الجامعات ونقابة اطباء الاسنان ووزارتى الصحة
والتعليم واجهزة الاعلام تقوم بوضع برامج التثقيف الصحى والوقائى
لافراد الشعب عامة ولطلبة المدارس وعمال المصانع على وجه
الخصوص .

- تشكيل لجنة دائمة تضم ممثلين لوزارة الصحة وكليات طب
الاسنان واكاديمية البحث العلمى ونقابة طب الاسنان وبعض الشخصيات
العامة المعنية وذلك لمتابعة تنفيذ التوصيات السابقة وغيرها مما
يقتضيه عمل اللجنة ، على أن تضع اولويات للتنفيذ تربطها بجدول زمنى
وان تحدد الموازنات اللازمة سنويا مع مراجعة واعادة تقييم دورية
لتصحيح المسار او تعديله على ضوء نتائج التنفيذ .

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

تدريب الأطباء

يتزايد عدد الأطباء البشريين في مصر ، سنة بعد أخرى ، بسبب تعدد كليات الطب اذ بلغ عدد الخريجين عام ١٩٨٣ ، أكثر من خمسة آلاف طبيب كما بلغ مجموع الطلبة المقيدين بكليات الطب ٣٠٦٨٨ طالبا ، سنة ١٩٨٤/٨٣ .

فضلا عن طلاب الدراسات العليا وعددهم ٨٨٥٤ طبيبا . ومن المتوقع حسب المعدل الحالي للقبول ، ان يتراوح عدد الخريجين ، حتى عام ٢٠٠٠ ، ما بين ٧٠.٧٠٠ و ٧٥٠٠٠ طبيب . اما عدد الأطباء الذين يزاولون المهنة في مصر فعلا فيبلغ حوالي ٤٣٠٠٠ طبيب في مختلف التخصصات ، أى بمعدل طبيب لكل ١٠٧٠ من السكان . وهو معدل مناسب اذا قورن بنظيره في معظم الدول النامية .

ويتبين من ذلك ان مصر لا تعاني في الوقت الحاضر نقصا في أعداد الأطباء البشريين بوجه عام ، بينما يتبين النقص في عدد الاخصائيين ومساعدتهم ، اذ يبلغون في مستشفيات وزارة الصحة ٣١٢٤ طبيبا ، يمثلون ١٦ ٪ من مجموع الأطباء العاملين بالوزارة

وحداتها على مستوى الجمهورية .

أما نسبة الاخصائيين عموما الى مجموع الأطباء فتبلغ ١٥ ٪ ، والمستهدف ان تصل الى ٢٠ ٪ لتتناسب مع احتياجات المجتمع ، وسد النقص في بعض التخصصات الضرورية مثل الاشعة والتخدير وجراحة العظام ، والأمراض العصبية .

ويستدعى الأمر بوجه عام ، رفع مستوى المهارات والخبرات الفنية الاكلينيكية للأطباء من الممارسين العاملين أو الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين ، سواء العاملين منهم بالقطاعات الحكومية والعامه أو الاهلية والخاصة ، حتى تساير خبراتهم ومهاراتهم التقدم العلمى الطبى ويستلزم ذلك وضع استراتيجية لتدريب الأطباء تدريباً مستمرا لضمان حسن تأهيل الموجودين منهم حاليا او الذين سيتمخرون مستقبلا ، ليؤنوا رسالتهم فى خدمة المجتمع بكفاءة عالية ورعاية فعالة .

الاضاع الراهنة للتدريب

يبدأ التدريب الاكلينيكي لطالب الطب ، عادة ، خلال السنوات الثلاث الاخيرة من الدراسة ، فى مستشفيات كليات الطب ، ثم يلتقى بعد تخرجه مباشرة تدريباً آخر لمدة سنة كاملة (سنة الامتياز) يقضيها بالمستشفيات ، ويعتبر هذا التدريب العام جزءا تأهليا اساسيا مكمل لدراسته بالكلية .

وفى نهاية سنة التدريب العام يكون الطبيب فى مستوى الممارس العام ، وقد ينتقل منه الى تخصص أحد فروع الطب الاكلينيكية أو الى تخصص أكاديمى أو ادارى طبى ولكل منها تدريب خاص يتم على مراحل متصاعدة تكسب الطبيب مستويات أعلى من التأهيل والمهارات والخبرة . وقد يكون هذا التدريب التخصصى جزءا من دراسات عليا (الماجستير والدكتوراه) ، وقد يكون غير مرتبط بها .

غير ان معظم الأطباء العاملين فى المجال العلاجى لاتواتيهم فرص التدريب الكافية ولا الدراسات العليا ، ويستمررون فى العمل على مستوى الممارس العام ، برغم أن حاجة الطبيب الى التدريب لا تنتهى بنهاية سنة التدريب العام ، بل تستمر طالما ظل يزاول عمله المهنى ، سواء كان

- الندوات والمؤتمرات التي تعقدها الجهات السابقة ، وكذلك الجمعية الطبية المصرية وفروعها بالأقاليم .

الأجهزة القائمة بالتدريب : ويتولى تنفيذ برامج تدريب الأطباء :

- أعضاء هيئات التدريس بمستشفيات كليات الطب : ويقومون بتدريب طلبة كليات الطب في أثناء دراستهم ، وكذلك تدريب أطباء الامتياز (التدريب العام) وأطباء التخصص ابتداء من مرحلة الطبيب المقيم الى مرحلة دراسة الماجستير ثم الدكتوراه .

- الاخصائيون بمستشفيات أو وحدات وزارة الصحة والهيئات الأخرى : ويقومون بالتدريب كعمل اضافى بجانب عملهم الاصلى .

وسائل التدريب تتركز وسائل التدريب في المرور الاكلينيكي على المرضى ، وفي المحاضرات أحيانا و قلما يستعان بالوسائل الايضاحية المرئية والصوتية والمطبوعات الدورية بسبب النقص فيها .
أنواع التدريب ومراحله :

يسير التدريب في مجموعة من المراحل تتم على النحو الآتى :

اولا : تدريب عام لجميع الخريجين :

ويتثل في السنة الامتياز التي يقضيها الطبيب بعد التخرج مباشرة ، وهو تكملة عملية (اكلينيكية) للدراسة شبه النظرية بكليات الطب ويدونه لايستطيع للخريج بمزاولة المهنة .

ونظرا لكثرة عدد الخريجين ، فانهم يقضون شطرا من السنة في مستشفيات كليات الطب ، والشرط الثاني في مستشفيات وزارة الصحة بالقاهرة وبالمحافظات وذلك طبقا لتنسيق بينهما ، حدده قرار وزير الصحة رقم ١٨٢ لسنة ١٩٧٦ ، وينص على :

- أسماء المستشفيات التي ترتبط بها كل كلية من كليات طب الجمهورية ، ويبلغ عددها جيمعا ١٠٩ مستشفى عام ومركزي ، و٩٥ مستشفى ومعهدا نوعيا ، بالقاهرة والأقاليم منها ١٤ مستشفى تبعت بعد ذلك الى الهيئة العامة للمستشفيات التعليمية .

- ان تحدد كليات الطب الدورات التدريبية للأطباء ، ومدة تدريبهم

قائما بعمله الوظيفي ، أو في عيادته الخاصة ، او بعد احالته الى التقاعد وذلك نظرا للتقدم السريع المستمر في الطب والجراحة وفروعهما ، وفي العلوم الطبية ، وما يستحدث باستمرار من اضافات علمية ، ومن أساليب ووسائل ومعدات طبية للفحص والتشخيص والعلاج .

الجهات التي تقوم بالتدريب :

تسهم في تدريب الأطباء هيئات وجهات متعددة ، وهي :

- مستشفيات كليات الطب : ويتم فيها كل او جزء من التدريب العام (لأطباء الامتياز) وهو تدريب اكلينيكي ، وكذلك تدريب الأطباء المقيمين المعيّنين بها وأطباء الدراسات العليا في الفروع الاكلينيكية .

- المستشفيات العامة لوزارة الصحة : سواء بالقاهرة أو بالمحافظات ، ويتم فيها استكمال التدريب العام لأطباء الامتياز كما يتم فيها التدريب للتخصص الاكلينيكي للأطباء الذين يختارون للتعين فيها أطباء مقيمين .

- المستشفيات والمعاهد التابعة للهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية :

وهي بالقاهرة وبعض المحافظات ، ويتم فيها تدريب عام وتخصصي

- مستشفيات المؤسسة العلاجية والتأمين الصحى : ويتم فيها تدريب اكلينيكي لبعض العاملين بها .

- الاكاديمية الطبية العسكرية والمستشفيات التعليمية العسكرية : ويتم فيها تدريب أطباء القوات المسلحة لكل التخصصات .

- وحدات مختارة معينة تابعة لوزارة الصحة بالقاهرة والمحافظات وتقل وحدات رعاية صحية حضرية ، ووحدات رعاية الامومة والطفولة ، ووحدات صحة مدرسية ، ومجموعات صحية ريفية .

ويلحق بها الأطباء الذين سيعملون في هذه المجالات بعد انتهائهم من التدريب العام ، وعند تعيينهم بهذه الفروع ، للتدريب على الرعاية الصحية الأساسية .

بمستشفيات وزارة الصحة وتختلف الجامعات فى ذلك :

فجامعة القاهرة تدرب خريجها ٨ أشهر بمستشفياتها ، و ٤ أشهر بمستشفيات وزارة الصحة .

وجامعة الأزهر تدرب خريجها ٤ أشهر بمستشفياتها ، و ٨ أشهر بمستشفيات الوزارة ، وتدرب خريجاتها الطبييات ٦ أشهر بمستشفياتها ، ٦ أشهر بمستشفيات الوزارة .

أما جامعة عين شمس فقد دربت نصف خريجها هذا العام لمدة اثني عشر شهرا بمستشفياتها ، ونصفها الآخر بمستشفيات وزارة الصحة ، وبالنسبة للجامعات الاقليمية ، فأنها تنسق تدريب خريجها مع مديريات الصحة بالاقاليم فى مستشفياتها طبقا للقرار الوزارى ، دون تدخل الوزارة .

ثانيا : التدريب التخصصى :

ويسير فى ثلاث مراحل :

المرحلة الاولى : ومدتها سنتان يقضيها المتدرب كطبيب مقيم ويكون الملحقون بها من بين فئتين :

- المتفوقين فى البكالوريوس الذين انتهوا مباشرة من التدريب العام ، واختيروا للعمل اطباء مقيمين بمستشفيات كليات الطب ، ويتخصصون فى أحد الفروع الطبية الاكلينيكية .

- الممارسين العامين (بعد انتهائهم فترة التكليف على الأقل ، أى بعد سنة على الأقل من انتهاء التدريب العام) ويقضون تدريبهم الاكلينكى فى مستشفيات وزارة الصحة بالقاهرة والمحافظات وكذلك بمستشفيات الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية .

وعدد هؤلاء جميعا مرتبط بعدد وظائف الطبيب المقيم الشاغرة بهذه المستشفيات وهى محدودة بالنسبة الى اجمالى عدد الأطباء الذين انتهوا من التدريب العام

المرحلة الثانية : التسجيل للماجستير باحدى كليات الطب ويتم غالبا - اثناء فترة التدريب الاكلينكى السابقة (فترة الطبيب المقيم) ومدة

الدراسة بها سنتان :

الاولى منهما لدراسة علوم طبية أساسية .

والثانية للدراسات التخصصية والتدريب فى الفرع الذى يختاره الطبيب ، مع تقديم رسالة فى مادة التخصص وتستغرق نصف السنة الثانية ، وتنتهى هذه المرحلة باختبار .

المرحلة الثالثة : التسجيل للدكتوراه :

ودراستها أعمق من الماجستير وغير مقيدة ببرنامج دراسى معين ، وتكون فى المادة التى سبقت التخصص فيها فى الماجستير ، ويعقد لها اختبار : يسبقه تقديم رسالة تتضمن اضافة للعلم .

ثالثا : التدريب أثناء الخدمة :

ويقوم به أكثر من جهة ، أهمها وزارة الصحة :

وفى هذا التدريب توضع برامج معينة وتكون غالبا قصيرة الأجل ولا يعقبها اختبار ، ويتلقاها الأطباء العاملون فى تخصصاتهم ، وقد يتكرر التدريب على صورة من الصور الآتية :

دورات تدريبية لفترات محددة .

ندوات ومحاضرات .

مؤتمرات طبية .

والجهات التى تقوم بهذا التدريب هى :

- الادارات المعنية بوزارة الصحة ، وفروعها الاقليمية : وتقوم كل ادارة تقريبا بتدريب اطباؤها غير تدريبهم عند تعيينهم بها ، وقبل بدئهم العمل .

ومجالات هذا التدريب تشمل :

تدريباً على ما يستجد من طرق علاجية وتشخيصية أو أجهزة .

تدريباً على مهارات معينة .

تدريباً على الاعمال الادارية المرتبطة بعمل الطبيب .

وقد اختارت الوزارة ٢٥٠ وحدة للتدريب موزعة بمختلف أنحاء الجمهورية ، وتشمل مجموعه صحية بكل مركز ادارى ، وبعض وحدات

التخصصى - ما يكفى لأكسابه السلوكيات الانسانية المرتبطة بواجبه وبادائه لعمله ، ويمرعاته لأداب مهنته وبعلاقاته بمرضاه وبعمجتمعهم ومرحوسية ، وحتى بزملائه برغم أهمية ذلك .

× لا توجد متابعة للمستويات الفنية المهنية للأطباء العاملين فى غير القطاع الحكومى ، خصوصا أولئك الذين لم يتح لهم تدريب مستمر ، والذين مضى على تخرجهم سنوات طويلة .

وترجع اسباب معوقات وسلبيات التدريب الى ما يأتى :

اولا : بالنسبة للمهارات المهنية الاكلينيكية :

- اختلاف المفاهيم السلوكية السليمة عند بعض القائمين على التدريب والتدريس حاليا عن مثيلتها لدى الاساتذة فى الماضى .

- زيادة عدد الاطباء خلال سنوات التدريب العام والتدريب التخصصى بالنسبة الى عدد الاسرة (جدول رقم ١) ، سواء فى مستشفيات كليات الطب او وزارة الصحة او غيرها ، وكذلك زيادة عددهم بالنسبة الى عدد اعضاء هيئة التدريس بكليات الطب والى عدد الاخصائيين بمستشفيات وزارة الصحة وغيرها ، مما لا يتيح للمتدربين فرصا كافية للاستفادة منهم ، ويقلل حصيلتهم من التدريب .

ويلاحظ أن الوقت الذى يخصه أعضاء هيئات التدريس بكليات الطب والاختصاصيون بالمستشفيات ، لتدريب الاطباء ، محدود وغير كاف ، وكذلك الحال بالنسبة لتدريب طلبة كليات الطب أثناء دراستهم الطبية ، كما يلاحظ أن التدرج الهرمى فى تشكيل هيئات التدريس غير منتظم .

- لا تطبق برامج محددة تفصيلية للخبرات والمهارات الاكلينيكية التى يتعين على الطبيب المتدرب اكتسابها فى كل فرع من الفروع الطبية ، برغم أن وزارة الصحة يتعين على الطبيب المقيم اكتساب مهارات معينة فيها .

- لا يوجد تقييم للتدريب الاكلينيكى ذاته ، ولا لما يحصله الطبيب المتدرب فى كل مستويات التدريب .

رعاية الامومة والطفولة والصحة المدرسية وبعض وحدات الرعاية الصحية الحضرية وزودتها بمكتبات بها مطبوعات بعضها وارد من منظمة الصحة العالمية ، كما أنشأت الوزارة مركزا لتكنولوجيا التعليم سيزود هذه الوحدات بمطبوعات وشرائح لمواد علمية وأشرطة تسجيل .

- الجمعية الطبية المصرية : ويندرج بها ٣٢ شعبة فرعية فى تخصصات اكلينيكية مختلفة ، كما أضيفت اليها هذا العام شعبة للممارسة العامة .

وتعقد الجمعية المصرية ندوات ومحاضرات ومؤتمرات بالقاهرة والاقاليم بالتعاون مع النقابات الفرعية للأطباء ، كما ساهمت فى أنشطة طبية مختلفة وفى دراسة موضوعات التعليم الاساسى والمستمر ، وفى الدراسات العليا الطبية .

- القوات المسلحة حيث تقوم الاكاديمية الطبية العسكرية ومستشفياتها وعياداتها بتدريب اطبائها بكل المستويات وتتعاون معها كليات الطب فى ذلك وفى الدراسات العليا وتعقد ندوات ومحاضرات بمستشفياتها ، وفى بعضها تكون الدعوة عامة للأطباء المدنيين وتستعين الاكاديمية سنويا بخبرات من الخارج فى مختلف التخصصات .

معوقات التدريب وسلبياته :

ولا يخلو الوضع القائم للتدريب العام والتخصصى من سلبيات ، منها :

× نقص الوسائل التوضيحية : سمعية وبصرية ونقص المجلات الدورية والمطبوعات التى يجب ان تيسر للأعداد الكبيرة من المتدربين للاستفادة من التدريب .

× ضعف حصيلة التدريب الاكلينيكى خلال سنة التدريب العام (سنة الامتياز) أو خلال مراحل التخصص الاكلينيكى .

× لا يتضمن تدريب الطبيب فى كل المستويات السابق ذكرها - ابتداء من فترة تعليمه الطبى الى التدريب العام بعد تخرجه الى التدريب

كما أن النسبة في كل فرع من الفروع الطبية الاكلينيكية تقل أو تزيد عنها (جدول رقم ٣) ، ففي الفروع الطبية الاكلينيكية الاساسية (الامراض الباطنية العامة والجراحة العامة) تتراوح النسبة ما بين ١ : ١ ، ١ : ٣ ، ١ : ١ على التوالي ، كما تتراوح حول ذلك في فروع أمراض النساء والولادة وأمراض الأطفال وأمراض العيون لكنها تختلف عن ذلك في الفروع الطبية الاكلينيكية الاخرى ، كما تختلف في التخصص الاكلينيكي الواحد ، من محافظة الى أخرى مما يؤدي الى اختلاف فرص وكفاءة التدريب .

ولاشك أن لذلك كله أثرا سلبيا على معدل أكتساب الطبيب المتدرب للمهارات والخبرات الاكلينيكية .

ثانيا : بالنسبة للسلوكيات الانسانية :

- تخلو برامج التدريب من الجوانب التي تهدف الى اكساب الطبيب المتدرب السلوكيات العالية والقيم الانسانية ، كما أن اختيار أعضاء هيئات التدريس عند تعيينهم لا يأخذ في الاعتبار الصفات الشخصية لهم ، ومدى انصافهم بروح التعاون أو الخدمة العامة ، برغم أنهم القدوة التي يتأثر بها الطلبة والأطباء المتدربون ان سلبا أو ايجابا .

- تنوع النشأة الشخصية الاجتماعية للطبيب المتدرب ، واختلاف مستويات القيم التي تحكم سلوكه ، والمفاهيم التي تحدد له نظره الى المجتمع وصلته به . وبصفة عامة فان هذه المفاهيم اختلفت كثيرا ، وأصبح من الشائع أن دراسة الطب هي الطريق الى مركز اجتماعي مرموق واثره سريع ، دون تفكير في معاناة المرضى ومتاعبهم ، ولن تغير الدراسة الجامعية ، عامة ، من هذه الاوضاع ، الا اذا وضعت برامج هادفة ، تعنى بالحياة الجامعية السليمة ، بما في ذلك ايجاد صلة اجتماعية بين الطلبة وأعضاء هيئة التدريس والعناية بالنشاط الرياضي والاجتماعي السليم وبنظام الأسر .

كذلك فان سلبية ضعف العنصر التربوي في التعليم العام ، قبل الالتحاق بالكليات ، يفوت على الطلبة غرس القيم السليمة والمفاهيم الاجتماعية الاصلية في نفوسهم .

وبالنسبة لطبيب الامتياز لا توجد برامج للتدريب و لا متابعة لما يحصله او يكتسبه من خبرات ، بل لا توجد متابعة لمدى انتظامه في التدريب ومدى مواظبته عليه ، اذ لا يوجد تنظيم اداري مطبق فعلا بهذا الشأن .

- لا يرتبط الطبيب بمدرّب معين يتولى الاشراف عليه ويكون مسئولا عنه وعن مستوى ما يكتسبه من خبرة ، كما ان المنوط بهم التدريب لا يعطونه الوقت ولا الاهتمام الكافي ، ولا توجد معايير او ضوابط يوكل اليهم التدريب بناء عليها .

- ينحصر التنسيق بين كليات الطب وبين وزارة الصحة او المديريات الصحية بشأن التدريب العام للخريجين ، في تحديد الدورة التدريبية والفترة الزمنية التي يقضيها الطبيب بكل فرع من الفروع الطبية الاكلينيكية بالمستشفى بولا يتناول تحديد عدد معين من الاختصاصيين للتدريب ، ولا نسبة معينة من الاسرة لكل متدرب ولا حالات اكلينيكية معينة يجب على المتدرب اكتساب خبرات أو مهارات فيها .

- أما عن الهيئات القائمة بالتدريب في المستشفيات العامة والمركزية ، أي الاختصاصيين ومساعدى الاختصاصيين فيبلغ عددهم في جميع التخصصات ٢٩٩٤ طبيبا ، أي بنسبة ١.٥ طبيب مخرج الى كل منهم ، وبنسبة ١.٣ طبيب مقيم الى كل منهم .

أي أن كل اختصاصي أو مساعد اختصاصي بكل مستشفيات وزارة الصحة بكافة انحاء الجمهورية يقابله ٢.٨ طبيب يدربون بها (من اطباء التدريب العام والأطباء المقيمين) وهي نسبة تسمح بإمكان تخصيص ساعتين من وقت الاختصاصيين المساعدين في خلال فترة العمل الصباحية للتدريب ، أو تسمح بتفريغ شطر منهم للتدريب على مدى فترة العمل الصباحية كلها باعتبار أن هذه الفترة طبقا لقانون التوظيف العام هي ٦ ساعات .

لكن النسبة العامة السابق ذكرها (نسبة جميع الأطباء بالتدريب الى جميع الاختصاصيين ومساعدى الاختصاصيين) ليست بمثاله ولا متناسبة في كل المحافظات .

× القطاع الحكومي ، بما في ذلك المؤسسات والهيئات الحكومية :
كالسكة الحديد والتأمين .

× القطاع الأهلي والأطباء في هذا القطاع غير واقعين تحت أى
إشراف جدى لمتابعة مستوياتهم الفنية والمهنية ولكل منهم قدر متفاوت
من التدريب المستمر ، وبعضهم لاتتوافر الفرصة لذلك .
ويمكن وضع برامج تدريبية لكل مرحلة ، تستوفى العناصر الثلاثة
العامّة للتدريب وهى :

1. اكتساب معلومات .

2. اكتساب مهارات اكلينيكية .

3. اكتساب سلوكيات انسانية .

اعتبارات وضوابط تنفيذ برامج التدريب

ومن الضرورى بمكان ان يراعى فى تنفيذ برامج التدريب مجموعة
من الضوابط والاعتبارات العامة فى مقدمتها ما يلى :

أولا بالنسبة لبرامج التدريب :

من الضرورى أن تكون البرامج الموضوعة للتدريب تفصيلية وذات
مواصفات محددة لما يجب على المتدرب تحصيله واكتسابه من مهارات
فى كل مرحلة من مراحل التدريب ، ولكل مستوى تخصصى (مستوى
الطبيب الامتياز / الطبيب المقيم) .

ويجب أن تؤدى هذه البرامج ، الى ان يصل مستوى الطبيب
العلمى والعملى الاكلينيكى ، فى نهاية السنة (الامتياز) وقبل أن يباشر
عمله كممارس عام ، الى درجة من الكفاءة العامة (شاملة الأمراض
الصدرية – الأمراض المتوطنة – أمراض الأطفال – أمراض النساء –
رعاية الأمومة والطفولة – الحميات – أمراض العيون الشائعة والموسمية
– حالات الطوارئ والاصابات) .

كما يجب ان يكون المتدرب قادرا على تحديد الفحوص الطبية
اللازمة لمرضاه ، وما يمكن اجراؤه فى موقع عمله كممارس عام .

كما أن النقص فى امكانيات ومستلزمات معيشة الطبيب المتدرب
بالمستشفيات لا يعطيه القدوة الحسنة فى الحياة الوظيفية العامة ، ولا
يعوده على الاهتمام بالنظام كجزء لازم وأساسى فى أدائه لعمله .

استراتيجية تدريب الأطباء

فى ضوء الحاجة القائمة ، والظروف الراهنة ، ونواحى القصور
السابق ببيانها ، يمكن وضع استراتيجية لتدريب واعداد الأطباء
بمختلف مستوياتهم العلمية والعملية تقسم الى ثلاث مراحل :

مرحلة ما قبل البكالوريوس : أى فى إثناء الدراسة بكلية الطب،
وهذه المرحلة تتطلب :

× اجراء دراسة تفصيلية مشتركة بين المجلس والمجلس القومى
للتعليم والبحث العلمى ، لأوضاع هذه المرحلة .

× تعديل قانون الجامعات فيما يختص بشروط التعيين فى
المستويات المختلفة بهيئات التدريس ، بما يكفل ارتفاع مستوى اداء
هيئات التدريس بكلية الطب لأعمالهم .

× تدريب الطلبة فى العيادة الخارجية بحيث لا يكون التعليم فيها
نظريا ايضا ، بل عمليات لاكتساب المهارات .

مرحلة التدريب العام (طبيب الامتياز) : وتشمل :

الأطباء المتدربين بمستشفيات كليات الطب .

الأطباء المتدربين بمستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة
للمستشفيات والمعاهد التعليمية .

مرحلة ما بعد الامتياز وتشمل :

الممارسين العاملين وأطباء الرعاية الأساسية .

الأطباء المقيمين (بكلية الطب ومستشفيات الوزارة) .

اطباء الدراسات العليا .

وخلال هذه المرحلة يؤدى الأطباء خدماتهم للمجتمع فى احد المواقع
التالية :

× كليات الطب .

مستشفيات كليات الطب ، ومستشفيات وزارة الصحة التي يتم فيها التدريب ، على أن يتفرغ له ، ويكون من اختصاصه :

× وضع الضوابط لحسن سير التدريب وفقاً للمنهج الموضوع . مراجعة نظم وبرامج التدريب باستمرار على ضوء نتيجة التطبيق العملي القائم من ناحية ، وعلى ضوء ما يستجد في علوم الطب من ناحية أخرى .

× الاستعانة بلجان من اساتذة الكلية ، ان اقتضى الأمر ، لتعديل المناهج والبرامج التفصيلية للمهارات الفنية المطلوب اكسابها للمتدرب في المستويات المختلفة .

× التنسيق بين كلية الطب ووزارة الصحة في شئون التدريب . وبالنسبة لكليات الطب الاقليمية ، يتعين أن تكون على اتصال بوزارة الصحة (المركزية) لتتلقى منها البرامج التي انتهت اليها مع كليات الطب الأخرى بالقاهرة وذلك لايجاد نوع من التنسيق في مستويات التدريب على المستوى القومى .

وسائل حسن سير التدريب وجديته :

وينبغي أن يحاط التدريب بالضمانات التي تكفل حسن سيره وجديته ، وأن تتخذ الوسائل التي تكفل نجاحه وتحقيق الأهداف المرجوة منه ، ومن ذلك :

- تهيئة الظروف اللائقة للمتدرب ، وكذلك جو العمل الهادئ المتعاون ، وما يساعد على هذا اشراف احد أعضاء هيئة التدريس على ذلك واعطائه سلطات ادارية ومالية لاستيفاء المتطلبات .

- تقييم عمل الطبيب المتدرب أثناء السنة التدريبية او السنتين التدريبيتين ، وكذلك في نهاية فترة التدريب ، على أن يؤخذ في الاعتبار سلوكياته - المواظبة والالتزام بالاصول الفنية في عمله - التعاون مع زملائه - علاقاته مع الجهاز البشرى المعاون - علاقاته الانسانية مع المرضى والاهتمام بهم .

- ان تربط وزارة الصحة ترقية الطبيب من اخصائى الى رئيس

كذلك لابد ان يعرف حدود خبرته وامكاناته الفنية والحالات التي يستطيع علاجها وتلك التي يجب عليه أن يحيلها الى الأخصائى ، ولا يقوم بعلاجها كحالات الدرن الرئوى مثلا.

ومن المناسب الاقتباس من النظام المتبع بكليات طب الأسنان ، بحيث يخصص لكل طالب بالكلية كراسة ينون بها تفصيل المهارات والخبرات الاكلينيكية التي اكتسبها أولا بأول ، وبالتالي يمكن معرفة وتحديد ما لم تتح له الظروف اكتسابه لإمكان تداركه مستقبلا .

أما فيما يتعلق بالجانب الآخر من التدريب ، فلا بد من تنسيقه مع وزارة الصحة باعتبارها جهة العمل التي سينتقل اليها أغلب الأطباء بعد تدريبهم العام ، ليمضوا ما لا يقل عن سنة (بأمر التكليف) وتحديد ما تتولاه الادارات والأقسام التابعة لوزارة الصحة ، مثل : ادارات وأقسام الأمراض المتوطنة / الملاريا الصحة الريفية ، فضلا عن تدريبه الادارى بما يمكنه من ادارة الوحدة الصحية وقيادة وتوجيه ومراقبة عمل الفريق المعاون له : (مساعد المعمل / مراقب الصحة / مساعدة الممرضة / مساعدة المولدة والحكيمة ان وجدت) .

ويقتضى ذلك :

× أن يتدرب الطبيب عمليا على القيام بنفسه بالأعمال التي يؤديها للمرضى والهيئة ذاتها والمجتمع بما يمكنه من الاشراف عليهم وتوجيههم واكتشاف أخطائهم المهنية ان وجدت ، وتصحيحها .

ان تكون لديه المقدرة على التصرف تجاه المشكلات التي تواجهه أو الطارئة ، وان لا يقف سلبيا تجاهها او يتركها لرؤسياه للتصرف فيها .

ومن الأهمية - أن يجد الطبيب المتدرب - في مدرسه سواء في مستشفيات كليات الطب أو في ادارات وزارة الصحة القدوة في الالتزام بالنظام والمواعيد ، ودقة العمل وأن يجد في سلوكهم ما يلزمه بأساسيات العلاقات الانسانية وآداب وقوانين المهنة وسلوكها القويم .

كذلك فان الأمر يتطلب : تحديد مسئول عن التدريب في كل من :

قسم بالتدريب ومدى استفادة الاخصائى من هذا التدريب .

- الزام الاخصائين ومساعدتهم بوزارة الصحة بحضور دورة تدريبية تدريبية بعد حوالى عشرة أعوام من حصولهم على الدبلوم ، على ان يحكم تنظيمها حتى تحقق الدورة هدفها ، ويمكن ايفاد بعضهم من ذوى الاستعداد الطيب الى بعض الأوساط العلمية فى الخارج حسب نظام معين .

- التوسع فى توزيع الاطباء الامتياز على سائر المستشفيات العامة والمركزية بعد تعزيزها بالامكانيات والاختصاصيين وعدم الموافقة على نقل الطبيب الامتياز - بعد توزيعه - من مستشفى لآخر حتى لا يختل معدل التوزيع ويتكسروا فى مستشفيات نون غيرها .

وبالنسبة لأطباء القطاع الأملى ، يعاد القيد - أسوة بالمتبع ببعض الدول - كل ٧ سنوات بالنقابة بعد اجراء تدريب يعقبه اختبار بالجمعية الطبية المصرية والنقابة وفروعها ، ويحضره اساتذة من كليات الطب ، وكذلك يجب وضع برامج تدريبية للعاملين فى غير وزارة الصحة بالجهات الحكومية الأخرى او بوحدات القطاع العام .

- ان تعمل وزارة الصحة على وجود اخصائيين فى جميع فروع الطب بجميع المحافظات وأن تضمن استمرار تواجدهم فى محافظاتهم وعدم خلو أى محافظة من أى منهم فى أى وقت ، حتى يقوم هؤلاء بتدريب مختلف فئات الأطباء بالمحافظة .

- تنظيم ربط الأطباء فى المستشفيات المختلفة بعضهم ببعض ، وتأكيد مسئولية الاخصائين فى المستشفى العام بالمحافظة ، عن تدريب وحسن مستوى العاملين بالمراكز ، ومسئولية أخصائى المستشفى المركزى عن العاملين فى المستوى الأدنى فى المستشفيات القروية ، ثم مسئولية هؤلاء عن فى الوحدات المجعة وهكذا .

- مد كل الوحدات ، بالريف على الاقل ، بكل المستلزمات التى تساعد على حسن التشخيص ، من اجهزة بمختلف ، مع الحرص على صيانتها بما يضمن استمرار الاستفادة منها (الاشعة - المعامل) .

بالنسبة لوسائل تحقيق الأهداف :

ينبغى أن يحقق التدريب الهدف المقصود لكل مرحلة ، ويرتبط به تماما ويحقق المستوى اللازم اكتسابه من الكفاءة المهنية والمهارات الاكلينيكية ، ومما يساعد على ذلك ما يلى :

- ربط عدد محدد من الأطباء المتدربين - طبقا لمعدل مدروس - بأحد أعضاء هيئة التدريس المختارين بالاسم (فى مستشفيات كليات الطب) ، بحيث يكون مشرفا وموجها ورائدا فى نفس الوقت . وفى مستشفيات وزارة الصحة المتخصصة للتدريب ، يختار أخصائى من كل تخصص ، ممن تتوافر فيهم الصفات المطلوبة .

- وضع معدل للأسرة - فى كل تخصص - التى يكلف بها الطبيب المتدرب وفى هذا المجال يستعان بكل المستشفيات الاقليمية المناسبة ، خصوصا القائمة بالمدن الموجود بها كليات الطب .

- الاستعانة بوسائل التدريب الحديث المعاونه ، مثل : الوسائل السمعية والبصرية والندوات وحلقات المناقشة .

- ادخال نظام الاجتماع الدورى (اسبوعى مثلا) لهيئة القسم جميعا (المتدربين - اطباء الامتياز - الاطباء المقيمين - رئيس القسم - عضو هيئة التدريس المختص) لمناقشة أوضاع المرضى بالقسم وحالاتهم وسير علاجهم وفحوصهم .

التوصيات

وقد استفاضة مناقشات المجلس حول هذه الدراسة ، وتعددت بشأنها الآراء والاتجاهات وفى مقدمتها :

- ان تدريب الاطباء قضية انتاجية فى المقام الأول ، ولا بد أن تطرق عند وضع أى سياسة صحية او طبية فى مصر لتأثيرها على صحة المواطنين واتصالها بقدرة المجتمع على الانتاج .

- ان مهمة التدريب ليست مقصورة على القائمين على أداء الخدمة الطبية بوزارة الصحة ، وانما تشارك فيها الجامعات كجهة مسئولة عن قضية بشرية ، والنقابات كجهة مسئولة عن سلوكيات المهنة ، والجمعيات

الطبية كجهة مسئولة عن تطور ودفع المعرفة الطبية على المستوى القومى .

- ان المعرفة الطبية للطبيب - وفقا للمستويات العالمية - تزداد بما لا يقل عن ٥٠ ٪ كل عام اذا ما استمر تعليمه ، وتنخفض بذات النسبة اذا ما تخلف عن متابعة التعليم . ومن هنا يكون الحفاظ على الثروة الطبية فى مصر عن طريق التدريب واستمرار التعليم .

- لا يمكن فصل عمليتى التدريس والتدريب عن بعضهما بمعنى انه يلزم ان يكون هناك تعاون اكثر بين اعضاء هيئات التدريس بكليات الطب واطباء وزارة الصحة .

- ضرورة زيادة الاهتمام بموضوع السلوك - ليس فقط بالنسبة لمهنة الطب وانما ايضا بالنسبة للمهن الأخرى - وذلك بتدارك نقطة الضعف الاساسية فى التدريب والتعليم ، والتي تكمن فى التركيز على المادة العلمية ، وعدم اعطاء السلوكيات حقا .

- ضرورة التركيز على الكيف فى التدريب والتدريس وليس الكم ، بمعنى أن هناك طاقة معينة لابد أن تتفق مع امكانيات المستشفى او القسم الذى يتم فيه التدريب .

- لكى يكون التدريب مجديا فلا بد من تحديد مستوى اداء الطبيب فى ضوء المستوى الذى يتوافق مع العصر الذى يتطور فيه العلم يوما بعد يوم ، والتعليم الفنى الاساسى الذى يتلقاه الطبيب ، وبرامج الدراسات العليا ، وقدرة الطبيب على استشعار التغيير وتحويل هذا التغيير الى واقع ملموس يستفيد منه المريض .

- انه يلزم اعادة تقييم اداء الطبيب كل فترة زمنية محددة ، وتحديد معايير موضوعية لضبط اداء الاطباء بالنسبة للمواطنين .

- من المهم النظر فى امكان تقنين استمرار التعليم ، اما عن طريق الزام الاطباء بالارتباط مع مؤسسات المعرفة العلمية والتدريب الطبى لعمل وحدات لاستمرار التعليم ، واما أن يكون هناك تدريب دورى فى كافة مراحل ممارسة الاطباء للمهنة .

- ان عملية التدريب تحتاج الى متابعة كافة التطورات التكنولوجية فى المجال الطبى واكتساب الخبرات والمهارات بمستوياتها العالمية ، مما يستدعى الانفتاح على العالم الخارجى ، وخصوصا الدول المتقدمة سواء عن طريق ايفاد الاطباء للخارج للدراسة ، أو حضور المؤتمرات الطبية ، أو عن طريق استقدام الخبراء من الاطباء العالميين الى مصر للاستفادة من خبراتهم .

- ان تدريب اطباء الاسنان ، والفريق الطبى بكافة تخصصاته من : مهندسين وممرضين وصيادلة ، ينبغى ان يحظى بدراسة معاملة .

وعلى ضوء هذه الدراسة وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، وما أبدى من آراء واتجاهات ، وكذلك ما جاء بتقرير الدورة الثالثة للمجلس حول سياسة التدريب الحرفى والمهنى - يوصى بما يأتى :

أولا : توصيات عامة :

* وضع برامج تشترك فيها الجامعات ووزارة الصحة ونقابة الاطباء وباقى الجهات الأخرى المعنية ، وتهدف الى :

- اتاحة فرصة التدريب المستمر لكل طبيب طالما كان يمارس المهنة ، للارتفاع بمستوى أدائه . مع دراسة انشاء معهد للتدريب الطبى ، يختص بجميع شئون التدريب ومسئوليته .

- الاهتمام بانشاء بنك للمعلومات ، لتوفير المعلومات الفنية وتصميمها ، باستخدام التقنيات الحديثة ، لسرعة توفير المعلومات ودقتها .

- التوسع فى الاستعانة بالوسائل التدريبية المساعدة مثل : الوسائل السمعية والبصرية والكتب والمطبوعات الدورية ، والاستفادة فى ذلك من امكانيات هيئة الصحة العالمية .

- الحرص على أن تتناول برامج تدريب الاطباء فى كل المستويات الجوانب الآتية :

اكتساب المتدرب المهارات والمعلومات ، ووضع تحديد مفصل للمهارات

الترموترات - الأجهزة المعملية - فحص قاع العين - الأدوات المستخدمة فى جراحة العظام) .

* تنظيم الافادة من الامكانات التدريبية المتاحة التى تقدمها الدول الصديقة والمنظمات التابعة للأمم المتحدة ، وارسال البعثات التدريبية للوقوف على أحدث التطورات فى مجال التدريب .

ثانيا : التدريب فى مرحلة ما قبل التخرج (مرحلة البكالوريوس) :

* اجراء دراسة تشترك فيها شعبة التعليم الجامعى والعالى وشعبة الرعاية الصحية بمجلس التعليم والخدمات بحيث تشمل ما يأتى :
- تبين ناوى القصور فى التدريب بمستشفيات كليات الطب ،
ورسم الحلول المناسبة لمعالجة ذلك .

- النظر فى تعديل نظام التعمين فى وظائف هيئات التدريس بكليات الطب بما يكفل استيفاء الآتى :
الارتقاء بالمستوى الحالى لاداء رسالتهم .

. ان يضاف الى الامتياز العلمى للتعين فى هيئات التدريس مقاييس اخرى تتعلق بالصفات الشخصية والسلوكية على أسس وضوابط محكمة مثل توافر روح التعاون والخدمة العامة والاسهام فى النشاط الاجتماعى والرياضى الجامعى ، وفى نظام الاسر والانضباط والمواظبة .

. مراعاة استكمال البناء الهرمى لاعضاء هيئات التدريس بكل قسم .

. مدى امكان رفع القيود امام تعيين حملة شهادات العضوية والزمالة من انجلترا فى وظائف هيئة التدريس سواء فى كليات الطب أو المستشفيات والمعاهد التعليمية .

. ان يقضى كل من حصل على الدكتوراه فى مصر ، سنة فى احد الازساط العلمية بالخارج .

. توسيع نظام الاشراف العلمى المشترك « القنوات العلمية للحصول على الدكتوراه .

والخبرات التى يطمين اكتسابها فى كل مستوى .

مع تنظيم برنامج للتدريب على النواحي البيئية والاجتماعية . وربط طبيب الريف بالتدريب العلمى والعلمى .

- اعداد مجموعة من البرامج تهدف الى تحسين انماط السلوك ، وتناسب مع المتطلبات الأساسية للعمل ، مع تضمينها الجوانب الروحية لأن المهارة فى العمل يجب أن تواكبها الامانة فى تنفيذه .

* ضرورة اجراء متابعة لبرامج التدريب للمتدربين ، ومدى تحصيلهم ، مع التقييم المستمر .

* اختيار اخصائى بكل مستشفى يتم فيه التدريب للاشراف على شئون التدريب ، ومدى انتظام الأطباء به ومدى تحصيلهم .

* ربط التدريب ببعض الحوافز ، بحيث تؤخذ فى الاعتبار عند الاختيار للبعثات ، مثل انتظام المتدربين ومواظبتهم ومستوى تحصيلهم وان يعامل الأخصائيون ومساعدي الأخصائيين ، ماليا ، مثل زملائهم بالمعاهد والمستشفيات التعليمية ، طالما تفرغوا لأعمال التدريب .

وفى هذا الاتجاه ينظر فى التوسع فى المنح الدراسية بوزارة الصحة .

* ربط الأطباء فى المستويات المختلفة بعضهم ببعض ، وتأکید مسؤولية المستشفى العام والأخصائيين بها عن الوحدات الأدنى ، وهذه عما عليها ، وهكذا .

- مد الوحدات - بالريف على الأقل - بمستلزمات جودة التشخيص وجودة العلاج ، من أجهزة مختلفة (مثل المعامل ، المجموعات الكاشفة ، Kits الاشعة وحسن صيانتها بما يضمن استمرار الاستفادة منها مع زيادة تجهيزات وحدات الرعاية الصحية الأساسية .

* العمل على تصنيع أكثر ما يمكن من الأجهزة والمعدات اللازمة لحسن التدريب وحسن اداء الخدمات محليا حتى لا يتسبب عدم كفاية الاعتمادات للاستيراد فى نقص هذه الاصناف وانخفاض مستوى التدريب (مثل : أجهزة رسم القلب - الميكروسكوبات - أفلام الأشعة -

* دراسة امكان النظر فى عدم السماح لطبيب الامتياز بمزاولة المهنة كممارس عام الا بعد التأكد من حسن تدريبيه ، مع وضع ضوابط محددة لذلك .

رابعا : التدريب فى مرحلة ما بعد الامتياز :

* التوسع فى تخصص الممارسين العاملين بكليات الطب ، وفي زيادة اعداد المقبولين منهم للتدريب ، وتدريب أكبر عدد من الراغبين فى التدريس التخصصى من أطباء الوزارة .

* اشتراك الجمعية الطبية المصرية ونقابة الاطباء وكليات الطب ، فى وضع برنامج للتدريب المستمر لأطباء القطاع الخاص ، ووضع الضوابط الكفيلة بالالتزام بهذا التدريب والانتظام فيه وفى مقدمة هذه الضوابط :
- اعادة القيد بالنقابة على فترات مناسبة - اسوة بما يتبع فى الخارج - وبناء على تقييم المتدربين بعد انتظامهم فى البرامج التدريبية.

- بيان المؤتمرات والندوات والبرامج التدريبية التى ينتظم فيها أو يحضرها الطبيب .

* تعديل برامج الدراسة لماجستير الفروع الطبية الاكلينيكية ، بحيث يخصص معظم الوقت للتدريب الاكلينكى مع الدراسة النظرية ، وان ينظر الى دراسة الماجستير باعتبارها اكتساب مهارات ومعلومات من مستوى تخصصى عال ، لاعلى أنها مجرد مرحلة تأهيلية للدكتوراه .

* النظر فى تعميم رسالة الجمعية المصرية الطبية فى الممارسة العامة . للتخصصات الأخرى مستقبلا ، بعد تبين مدى النجاح فى تنفيذ زمالة الممارس العام .

* ان يلتزم الاخصائيون ومساعدو الاخصائيين بوزارة الصحة ، بحضور دورة تدريبية تدريسية ، بعد حوالى عشرة اعوام من حصولهم على دورة التخصص واحكام تنظيمها حتى تحقق أغراضها .

مع وضع نظام معين لايفاد المتميزين منهم الى بعض الأوساط العلمية بالخارج .

* العمل على الارتقاء بنسبة الاخصائيين الى الممارسين ، حتى تصل الى حوالى ٢٠ ٪ على الأقل .

الاهتمام بجدية الدراسة التربوية بكليات الطب للمرشحين للتعين فى هيئات التدريس من الدارسين بالدراسات العليا .

. تعميم نظام الأسر بين أعضاء هيئات التدريس بين الأطباء المتدربين والدارسين بالدراسات العليا وتقويته ، وحفظ الصلة بينهم بعد التخرج .

. التوسع فى الدروس الجماعية تحت اشراف الكليات ، رعاية لمصلحة الطلاب ، وتاكيدا لرعاية الاساتذة لهم .

ثالثا : التدريب فى مرحلة طب الامتياز (التدريب العام) :

* وضع برنامج تفصيلى للمهارات الفنية التى يتعين على الطبيب اكتسابها فى هذه المرحلة ، على ان تهتم بتطبيق الجهات التى تتولى التدريب :

كليات الطب - وزارة الصحة - هيئة المستشفيات - المعاهد التعليمية - نقابة الاطباء ، مع ضرورة التنسيق بين هذه الجهات فى مجال التدريب .

* عمل بطاقة لكل طبيب متدرب ، فى كل قسم يدرب فيه ، يثبت فيه أولا بأول ما تم تدريبيه عليه مما ورد ببرنامج المهارات المعتمد ، مع تحويل هذه البطاقة الى الجهات والادارات التى ينقل اليها الطبيب ، او يعين بها لآخذها فى الاعتبار عن النظر فى اكمال تدريبيه .

* وضع معدلات لعدد الاسرة بالنسبة للمتدربين بكل قسم من الاقسام الاكلينيكية ، التى يرتبط بها المتدرب خلال تدريبيه .

* اختيار اخصائيين - من نوى الاقدمية - فى كل تخصص اكلينكى بكل مستشفى به تدريب ، وطبقا لمواصفات محددة ليتفرغوا قدر الامكان ، لعملية التدريب خلال فترة علمهم الصباحية بالمستشفى وان يرتبط كل منهم بعدد محدد من المتدربين ، طبقا لمعدل معين ، ويكون مسئولا عنهم وعن انتظامهم فى التدريب وعن مدى تحصيلهم .

* مراعاة دقة توزيع اطباء الامتياز على المحافظات المختلفة ، وداخل كل مستشفى بما ييسر عمليات تدريبهم .

جدول رقم (١ - أ)

عدد الأسرة بالمستشفيات العامة والمركزية وبالمستشفيات النوعية التابعة لكل من
وزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية والخاصة لتدريب الخريجين
التدريب العام (السنة الامتياز)

| الجامعة | عدد أسرة المستشفيات العامة والمركزية | عدد أسرة المستشفيات النوعية | المجموع |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| القاهرة | ٣٥٧٧ سرير | ٨٢٣٨ سرير | ١٧٢٥٠ سرير |
| عين شمس | ٣٦٤٣ سرير | | |
| الأزهر | ١٧٩٢ سرير | | للجامعات الثلاث |
| الاسكندرية | ٣٠٢٦ سرير | ٣١٣٩ سرير | ٦١٦٥ سرير |
| طنطا | ١٦٠١ سرير | ٤٥٦ سرير | ٢٠٥٧ سرير |
| المنصورة | ٢١٥٤ سرير | ١٢٣٣ سرير | ٣٣٨٧ سرير |
| الزقازيق | ١٣٩٧ سرير | ٤١٠ سرير | ١٨٠٧ سرير |
| أسيوط | ١٣٠٢ سرير | ١١٩١ سرير | ٢٤٩٣ سرير |

ملحوظة :

لا تختص كل من كليات القاهرة وعين شمس والأزهر بمستشفيات نوعية (كباقي الكليات) بل تشترك الكليات الثلاث في مستشفيات نوعية واحدة .

جدول رقم (٢)

نسبة عدد الأسرة التي تدرب بها الأطباء خريجو الكليات في ديسمبر ١٩٨٢

(التدريب العام) الى عدد هؤلاء الأطباء

(أسرة المستشفيات العامة والمركزية والمستشفيات النوعية لوزارة الصحة والهيئة

العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية)

| القاهرة | عدد الخريجين في ديسمبر ١٩٨٢ | عدد الأسرة بالمستشفيات العامة والمركزية | متوسط نسبة عدد الأسرة الى كل طبيب من الخريجين | عدد الاسرة بالمستشفيات والمعاهد النوعية | متوسط نسبة عدد الأسرة الى كل متدرب |
|--|---|--|--|---|--|
| القاهرة عين شمس الأزهر بنين + بنات المجموع | ١١٣٣ طبيب ١٠٠٩ طبيب ٣٤٣ | ٣٥٧٧ سريرا ٣٦٤٣ سريرا ١٧٩٢ | ٣,١ ٣,٦ ٥,٢ | ٨٢٣٨ | ٣,٢ |
| الزقازيق طنطا المنصورة أسيوط الاسكندرية | ٢٤٨٥ ٤٢٤ طبيب ١٩٧ طبيب ٩٠ طبيب ١٦٩ طبيب ٦٠٨ طبيب | ٩٠١٢ ١٣٩٧ سريرا ١٦٠١ سريرا ٢١٥٤ سريرا ٢٣٠٣ سريرا ٣٠٢٦ سريرا | ٣,٦ ٣,٣ ٧,٩ ٢٣,٩ ١٣,٦ ٤,٩ | ٤١٠ ٤٥٦ ١٢٣٣ ١١٩١ ٣١٣٩ | ٠,٩ ٢,٣ ١٣,٧ ١,١ ٥,١ |
| المجموع الكلى | ٣٩٧٣ طبيب | ١٩٤٩٢ سريرا | ٤,٩ | ١٤٦٦٧ | ٣,٩ |

ملاحظات :

١- يتدرب خريجو جامعات القاهرة وعين شمس والأزهر معا في نفس المستشفيات والمعاهد التعليمية النوعية في وقت واحد ،

ومجموع عدد أسرتها ٨٢٣٨ سريرا

٢- المقصود بالمستشفيات النوعية ، تلك التي تختص بعلاج الامراض النوعية مثل : امراض العين / الامراض الصدرية /

الحميات / امراض وجراحة العظام / الصحة النفسية وغيرها .

٣- يتضح من الجدول أن النسبة العامة لجميع خريجي كل الجامعات في المستشفيات العامة المركزية = ٤,٩ سريرا للطبيب

والنسبة العامة لجميع خريجي الجامعات في المستشفيات النوعية = ٣,٩ سريرا للطبيب

وتختلف النسبة من كلية لأخرى .

جدول رقم (٣)

عدد الاطباء الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين والاطباء المقيمين بجميع مستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للمستشفيات التعليمية ، ونسبتهم الى بعضهم فى مختلف التخصصات فى ١/١/١٩٨٣

| نوع التخصص | عدد الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين | عدد الاطباء المقيمين | نسبة الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى المقيمين |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------|---|
| الامراض الباطنية العامة | ٣٧٥ | ٤٩٢ | ١ : ١,٣ تقريبا |
| الجراحة العامة | ٦٠٨ | ٦٠٨ | ١ : ١ تقريبا |
| امراض النساء والولادة | ٣٦٨ | ٤٩٠ | ١ : ١,٣ تقريبا |
| امراض الاطفال | ٢٦٣ | ٣١٧ | ١ : ١,٢ تقريبا |
| الامراض الصدرية | ٢٢٧ | ٢٢١ | ١ : ١ تقريبا |
| الحميات والامراض المتوطنة | ١١١ | ٠,٩٩ | ١ : ٠,٩ تقريبا |
| امراض العظام والكسور | ٠,٨٤ | ٣٠٥ | ١ : ٣,٦ تقريبا |
| امراض المسالك البولية | ١٤٨ | ٢٦٠ | ١ : ١,٨ تقريبا |
| امراض العيون | ٢٦٥ | ٣٠٩ | ١ : ١ تقريبا |
| الامراض الجلدية | | | |
| امراض الانف والاذن والحنجرة | ١٧٠ | ٢٥٠ | ١ : ١,٥ تقريبا |
| المجموع | ٢٩٩٤ | ٢٨٤٣ | ١ : ١,٣ تقريبا |

جدول رقم (٤)

نسبة عدد الاطباء الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى عدد الاطباء المقيمين فى مستشفيات وزارة الصحة فى مختلف التخصصات وفى مختلف المحافظات .

أولا : النسبة العامة :

عدد الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين بجميع مستشفيات وزارة الصحة بجميع التخصصات الاكلينيكية = ٢٩٩٤ طبيبا

عدد الاطباء المقيمين بجميع مستشفيات وزارة الصحة بجميع التخصصات = ٣٨٤٣ طبيبا

نسبة الاخصائيين ومساعدى الاخصائيين الى الاطباء المقيمين = ١,٣٤١ ٪ تقريبا

ثانيا : نماذج من تفاوت هذه النسبة فى مختلف التخصصات ببعض المحافظات :

| التخصص | النسبة العامة بجميع مستشفيات الجمهورية | مستشفيات القاهرة | مستشفيات الجيزة | مستشفيات الاسكندرية | مستشفيات الدقهلية | مستشفيات أسيوط |
|---------------------|--|------------------|-----------------|---------------------|-------------------|----------------|
| أمراض باطنة عامة | ١,٣ : ١ | ١,٦ : ١ | ١,٧ : ١ | ٢,٨ : ١ | ٢,٢ : ١ | ٠,٥ : ١ |
| جراحة عامة | ١ : ١ | ١,٥ : ١ | ١,٢ : ١ | ٣,٤ : ١ | ١,٢ : ١ | ٠,٣ : ١ |
| أمراض نساء وولادة | ١,٣ : ١ | ١,٩ : ١ | ٢,٠ : ١ | ١,٠ : ٠ | ١,٠ : ١ | ٠,٥ : ١ |
| أمراض الاطفال | ١,٢ : ١ | ١,٦ : ١ | ٠,٦٥ : ١ | ٢,٦ : ٢ | ١,٠ : ١ | ٥,٠ : ١ |
| أمراض صدرية | ١ : ١ تقريبا | ١,٣٧ : ١ | ١,٩ : ١ | ٠,٣ : ١ | ١,٢ : ١ | ١,٩ : ١ |
| حميات وأمراض متوطنة | ١,٩ : ١ تقريبا | ٠,٦ : ١ | ٢,٠ : ١ | ٤ : ١ | ١,٨ : ١ | ٠,٠ : ١ |
| أمراض عيون | ١ : ١ تقريبا | ١,٩ : ١ تقريبا | ١,٢ : ١ | ٢,٩ : ١ | ٢,٠ : ١ | ٥,٣ : ١ |
| أنف وأذن وحنجرة | ١,٥ : ١ تقريبا | ٢,٥ : ١ | ٢,٤ : ١ | ٢,٣ : ١ | ١,٧ : ١ | ٠,٥ : ١ |
| مسالك بولية | ١,٧ : ١ | ١,٤ : ١ | ٢,٦ : ١ | ٤,٤ : ١ | ٣,٤ : ١ | ٠,١ : ١ |
| عظام وكسور | ٣,٦ : ١ | ٠,٥ : ١ | ٢,٥ : ١ | ٠,١٣ : ١ | ٧,٣ : ١ | ٠,٣ : ١ |
| اجمالى الجملة | ١,٣ : ١ تقريبا | ١,٧ : ١ | ١,٩ : ١ | ٢,٢٩٠ | ١,٦ : ١ | ٠,٥ : ١ |

وذلك بالإضافة الى اكتشاف العناصر الفعالة الحيوية الفعالة التي تساعد على زيادة المناعة ومقاومة الجسم لبعض الأمراض ونتج عن ذلك زيادة في معدلات العمر وانخفاض كبير في عدد الوفيات ، وخاصة من الأمراض الوبائية .

وفي مجال الأدوية العلاجية اهتمت شركات الدواء وتركزت البحوث في استنباط ادوية حديثة اكثر فاعلية واقل سمية في مجالات كثير وخاصة المضادات الحيوية وادوية القلب والشرابين وأدوية علاج الطفيليات وخاصة البلهارسيا وأدوية الأمراض العصبية وأدوية الأورام الخبيثة مما يساهم في تقليل اظافر هذه الامراض التي تعصف بصحة واعمار الكثير من البشر سنويا .

ولم يقف الطب عاجزا أمام بعض الأمراض التي تفشل منها الاعضاء الحيوية جزئيا او كليا عن العمل فبفضل تقدم الجراحة امكن فصل الكليتين ثم زرع الكلية وكذلك زرع القلب وتقدمت الابحاث في زرع الرئتين والبنكرياس والكبد . بل قد بدأ العالم يتسبدل اعضاء صناعية الطبيعية مثل القلب الصناعي .

ونجحت التجارب الاولى في استخدام الالكترونية في مساعدة المكفوفين على الرؤية .

اما في مجال الشخيص فابتكرت المعدات والاجهزة والشرايط الدقيقة لتحليل الدم وسائل الجسم وانسجته الدقيقة بما يساعد على دقة معرفة المرض ، وذلك بطريقة سريعة وميسرة كما وفرت الهندسة الطبية الات الكشف على الانسجة الداخلية مما يسر للطبيب معرفة مكن المرض ودرجة انتشاره وابعاد خطورته في وقت مبكر يساعد على سرعة التدخل الطبى وعلاج الامراض .

ولم يقف تقبلم الطب عند الامراض التي تصيب الانسان مباشرة بل تخطى ذلك الى البيئة التي يعيش فيه الانسان واصبح هناك فرع مستقل لطب المجتمع الذي يتعرض لما يحيط بالانسان وما يؤثر في صحته من مياه او هواء او مسكن او وصرف او غذاء أو حيوان .

تطوير صناعة الدواء

اطلقت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية شعار الصحة للجميع قبل سنة ٢٠٠٠ ، أى في خلال عقدين من الزمان ، وهى فترة بسيطة وقصيرة وسرعان ما تمر ولا شك ان المنظمة عندما احتضنت هذا الشعار كانت على وعى كامل بالتقدم الذى تم ويتم في مجالات الصحة الوقائية والعلاجية سواء باستنباط ادوية حديثة اكثر فاعلية او بالتقدم السريع في مجاات الجراحة سواء بزرع الاعضاء واستبدالها او بدء الامومة وامراض الشيخوخة والعلاج الطبيعى والتأهيل بالإضافة الى التطور المطرد في مجال التشخيص .

ففى مجال الطب الوقائى تم استئصال مرض الجدري وبدأ العد التنازلى لكثير من الأمراض الاخرى مثل الدفتيريا والحصبة والنكاف والسعال الديكى وشلل الأطفال والدرن .

وبدأ عهد جديد في الوقاية من مرض الكبد الوبائى والالتهاب السحائى بل بدا الامل في اكتشاف طعوم للوقاية من الأمراض الطفيلية مثل : الملاريا : البلهارسيا وكذلك لعلاج بعض انواع من الأورام وامرض الدم الخبيثة .

ولم يكن هذا التقدم في مجال الطب والدواء كله خيرا أو في صالح الإنسانية ، فمع التوسع في ابتكار الأدوية الحديثة بدأ العالم يشعر بخطورة وسمية بعضها ، وبدأت بعض الدول تعيد النظر في مراحل تسجيل الدواء الجديد بل بدأت في مسح علمي للأدوية وذلك ضمانا لعدم تسرب أدوية ضارة للمستهلكين ، ونتج عن ذلك أن زادت تكاليف أبحاث الدواء وتضاعفت السنوات اللازمة للموافقة على تداول دواء جديد وقل عدد الاكتشافات في هذا المجال عما كان يحدث في مرحلة الخمسينات والستينات ودفع المريض تكاليف هذه الزيادة ، وتحملت الدول الفقيرة عبء زيادة أسعار الدواء وبذلك ارتفعت مصاريف الرعاية الصحية ، حيث يمثل الدواء في هذه الدول أكثر من ٦٥ ٪ من إجمالي تكاليف الخدمة الصحية .

ومع زيادة تكاليف إنتاج الدواء بالوسائل التقليدية سواء بالتخليق أو التخمين بدأت مراكز البحوث في العالم في استنباط وسائل جديدة لإنتاج المستحضرات الدوائية .

وفي إطار الهندسة الخلوية بدأ العالم يقتحم آفاقا جديدة في البحث العلمي وإنتاج العلاج ، وتم إنتاج العديد من الأدوية بهذه الطريقة ومن المتوقع أن يساهم ذلك في زيادة فعالية الإنسان في حربه ضد المرض . كما حدث تطور كبير في إنتاج أشكال صيدلانية جديدة طويلة المفعول أو موجهة إلى العضو المريض وازداد الطلب على بعض الأشكال الصيدلانية مثل : الأقراص والكابسول والأقراص وأنكعشت زيادة الطلب على أشكال أخرى مثل : السوائل والأشربة .

مظاهر التطور في صناعة الدواء

واكب التطور في صناعة الدواء استنباط أدوية جديدة أكثر فاعلية ، وأقل سمية ، وكذلك التقدم الكبير في مجالى الجراحة والتشخيص ، وكان من مظاهر هذا التطور .

× الممارسة الجيدة لصناعة الدواء .

× الأشكال الصيدلانية .

× تاريخ الصلاحية .

× تخزين الأدوية والخامات الدوائية .

× العودة للنباتات الطبية .

× التجارب التي تتم على الدواء قبل تسجيله وتداوله .

× تسجيل ومتابعة السمية والآثار الجانبية للدواء .

وفيما يلي عرض موجز لهذه النقاط :

١) الممارسة الجيدة لصناعة الدواء : نظرا للتقدم الكبير في صناعة الدواء فقد تطورت وسائل الصناعة وأصبحت أكثر تعقيدا ودقة نظرا لأهمية السلسلة المنتجة وارتباطها بصحة الإنسان . ولم تعد صناعة الدواء صناعة تقليدية تهدف لإنتاج أشكال صيدلانية سليمة المظهر ومطابقة للمواصفات في مراحل التحاليل التي كانت مستعملة خلال فترة الستينات وما قبلها فقد أصبح من المهم أن توضع صفات دقيقة وحازمة تشمل الموقع والمبنى والمعدات ومستوى القوى البشرية كاملة . وفي أواخر الستينات أصدرت منظمة الصحة العالمية كتيباً يوضح المواصفات الجديدة لصناعة الدواء تضمن تحديدا للمواصفات الواجب توافرها في المباني والمعدات والمخازن وحركة المواد والمنتجات والسجلات اللازمة بالإضافة إلى المواصفات المطلوبة في العاملين وتشمل هذه المواصفات ثلاثة مبادئ أساسية لضمان الفاعلية والأمان في الدواء هي :

نظافة المكان ، نظافة المنتج ، نظافة الإنسان .

كما بدأت بعض شركاتنا في تطوير مبانيها وخطوط إنتاجها حسب هذه المواصفات .

وبدأت شركات الأدوية العالمية تطبيق هذه الأسس وراعت دول العالم النامي في بناء مصانعها الجديدة تلك المواصفات كلما أمكن بالرغم من تكلفتها الباهظة .

ومنذ ذلك التاريخ بدأت سلسلة من النظم والقواعد للممارسات الجيدة في التخصصات المختلفة في صناعة الدواء منها :

× الممارسة الجيدة في الرقابة .

× الممارسة الجيدة للتخزين .

× الممارسة الجيدة لضمان سلامة الدواء .

وتهتم هذه النظم بتحديث البيانات والمعلومات والمستندات والامكانات الخاصة بمراحل التصنيع والرقابة .

(٢) الاشكال الصيدلانية التقليدية : مازالت الاشكال الصيدلانية التقليدية التي عرفت منذ اوائل هذا القرن تمثل غالبية الانتاج والاستهلاك ، مثل الأقراص ، الكابسول ، السوائل ، والأشربة ، الأمبولات ، وزجاجات الحقن ، المساحيق ، المراهم ، الأقماح ، واختفت أنواع مثل البرشام سواء في انتاج المصانع او الصيدليات .

ومع ثبات هذه الأشكال حدث تطور كبير في صناعتها وتبارت الشركات العالمية في تحسين هذه الاشكال لضمان ثبات مستحضراتها وتحسين الشكل والطعم والرائحة . وادخلت عليها ابتكارات لتحقيق اهداف علاجية وظهر في الأسواق الأقراص والكابسول والأمبول طويل المفعول ، والأقراص الفوارة وتطورت كسوة الأقراص وابتكرت طريقة التغليف بالفيلم ، حتى الكسوة المعدنية اضيفت الى بعض أنواع من الكابسولات الجيلاتينية الصلبة ، وظهرت عبوات من المراهم والأشربة تكفي جرعة واحدة وكذلك المحاقن المعقمة سابقة التعبئة .

ومن ناحية تطور حجم الاستهلاك من الاشكال الصيدلانية ارتفعت استعمالات الكابسول بنوعيه خلال السنوات العشرين الماضية بنسبة تزيد عن اى شكل صيدلى آخر الا ان الأقراص ما زالت تحتل المركز الأول من الناحية العددية .^٣

كما زاد استهلاك الأقماح لما ظهر من فائدتها العلاجية وسرعة امتصاصها مع تجنب المضاعفات التي قد تحدث في المعدة والجزء الأعلى من الجهاز الهضمي .

وانكمش استهلاك زجاجات حقن المحاليل التي تحتوى على أكثر من جرعة .

ام بالنسبة للأشربة والسوائل فقد زاد الاستهلاك فيها بنسبة معتدلة تقل عن نسبة الزيادة في الكابسول والأقراص ، وذلك لأسباب فنية ،

٢٠٢

بالاضافة الى مشاكل النقل والتداول وتمكنت الشركات العالمية من انتاج اغلب اصناف السوائل على اشكال صيدلية اخرى اكثر ثباتا وأسهل في التعامل وأقل تكلفة .

وقد ارتبط الاستهلاك المحلى مع المعدلات العالمية فقد زاد استهلاك الكابسول أكثر من ١٠٠ ٪ والأقماح أكثر من ١٦٠ ٪ والأمبولات ١٠ ٪ خلال السنوات الخمس الماضية .

كما تتجه شركات الدواء العالمية في انتاج مستحضراتها من الأقراص والكابسول الى تثبيت اشكالها والوانها والرموز المسجلة عليها حتى يمكن سهولة الاستدلال عليها سواء للطبيب او الصيدلى او المريض الذى يتناولها .

وهناك مئات من الأقراص والكابسول مسجلة في المراجع الدوائية المتداولة يمكن الاستدلال عليها من الشكل الخارجى لها وبالعين المجردة . ولاشك ان ذلك يمثل وسيلة سهلة لمعرفة نوع الأقراص والكابسول .

(٣) تاريخ الصلاحية : كانت الادوية تتداول بدون تحديد تاريخ للصلاحية باستثناء المضادات الحيوية الا انه في السنوات الأخيرة وبعد متابعة مدى صلاحية المستحضرات الصيدلانية وعمرها الافتراض في التخزين تبين ان كل المنتجات يتناقص مفعولها بعامل الزمن وتقل فاعليتها بالتدريج وذلك بحسب العناصر الفعالة وحسب الشكل الصيدلى وطريقة التصنيع وبسبب ذلك اصبحت الجرعات العلاجية في كل شكل صيدلى مع عوامل التخزين لا تفى بالغرض الطبى ، ولذا فقد اتجهت اغلب الدول الى ضرورة تحديد تاريخ الصلاحية للمستحضرات الصيدلانية وبدأت الدول تتوسع في ذلك تدريجيا حتى شملت معظم الاصناف ، ضمانا لوصول العناصر الفعالة الى المريض ، حسب ما هو مسجل على التركيب الاصلى للدواء في تاريخ صناعته .

(٤) تخزين الادوية والخامات الدوائية : بينت دراسة تمت في المملكة المتحدة ان ٥٩ ٪ من المستحضرات الصيدلانية والخامات الدوائية يلزم ان يتم تخزينها في درجات حرارة اقل من ١٥ درجة مئوية .

وقد تمت مراجعة درجات الحرارة اللازمة والمناسبة لتخزين ١٢٤٨

مركبا صيدليا وتبين الآتى :

عدد الاصناف

| | |
|-----|----------------|
| ٦ | اقل من صفر |
| ٤٢ | من صفر الى ٥ م |
| ١٦٦ | من ٥ م - ١٠ م |
| ٥٥٠ | من ١٠ م - ١٥ م |
| ١١٠ | من ١٥ م - ٢٠ م |
| ٢٢٠ | من ٢٠ م - ٢٥ م |
| ١١٠ | اقل من ٣٠ م |
| ٤٤ | انوية محضرة |

اما الانوية المحضرة والانوية التى يتم اذابتها قبل الاستعمال من اشربة المضادات الحيوية وزجاجات حقن المضادات فتقل مدة صلاحيتها بسرعة مع ارتفاع درجات الحرارة ، الامر الذى يوجب حفظها فى درجات حرارة منخفضة ، وتتراوح مدة صلاحيتها بين يوم واحد واسبوعين فى المتوسط حسب النوع ودرجة التبريد المتوفرة لذلك يلزم تسجيل فترة التخزين بعد الاذابة على كل عبوة دوائية .

٥) العودة الى النباتات الطبية : تمد المصادر النباتية الانسان بما يحتاجه من علاج لمعظم الامراض : فهى تمد به بادوية القلب وادوية الجهاز العصبى وادوية الجهاز الهضمى وادوية المسالك البولية والمسكنات والمقويات ومضادات الجراثيم وعلاجات السرطان والانزيمات والفيتامينات وتشير الابحاث الحديثة الى وجود مواد نباتية تعمل ضد الفيروسات .

ويعتقد بعض المشتغلين بالنباتات الطبية - بعد الملاحظة والدراسة ان لكل مرض علاجا فى المملكة النباتية ويوجد فى الموطن الاول للمرض الذى يتوطن وينتشر فيه ، ويضربون لذلك امثلة كثيرة .

وبجانب ذلك فان العقاقير النباتية الطبية كثيرا ما تكون مصدر الهام للكيميائى الباحث حتى ان اكثر المشيدات العضوية حقا فى النجاح ما

كان محاكيا للعقاقير النباتية .

كما تهين المصادر النباتية اقصر الطرق الى اكتشاف الادوية الرائدة فى حقل العلاج ، فالباحث يبدأ ابجائه على عقاقير موجودة فعلا ولا يحتاج الى تصور مادة ليس لها وجود ثم يقوم بتشبيدها باذلا الجهد والوقت والمال وقد لا يصل الى تشبيد هذه المادة حسب تصوره فضلا عن ان الباحث النباتى لا يبدأ من مجهول فى دراسته لهذه العقاقير النباتية ، اذ انه يكون على علم بما يرتبط بها من معلومات وخبرات واستعمالات (طبية شعبية) ضاربة فى اعماق التاريخ تتناول بدرجة اولية : بعض الفوائد العلاجية وطرق الاستعمال ، المقادير المستعملة والاضرار وعلى ضوء هذه المعلومات المحفوظة فى التراث الطبى الشعبى : يبدأ الباحث دراسته وابجائه وتجاربه وبهذا يكون افضل حالا ما لو بدأ دراسته على مادة مشيدة لا يعرف عنها شيئا

وقد خضعت الانوية النباتية ، سواء على صورة مستحضرات جالبكية أو على صورة مواد فعالة لمئات السنين من الملاحظة والمراقبة ، وتبين ان معظمها لا يحدث اضرارا جانبية خطيرة كتشويه الاجنة او استهداف للاصابة بمرض السرطان وغيرها من الاضرار التى تسببها العقاقير الطبية المشيدة كيميائيا ولذلك عادت معظم دول العالم مرة اخرى الى استعمال النباتات الطبية وعناصرها الفعالة فى العلاج .

وقد تم انشاء الشركة العربية للنباتات الطبية كشركة متخصصة لزراعة واستخلاص ونتاج الادوية من المصادر النباتية محليا .

٦) التجارب التى تتم على الدواء قبل تسجيله وتداوله :

نظرا للمشكلات التى حدثت بسبب تداول انوية ثبت خطورتها فقد اصبحت مراحل تسجيل الدواء فى الدول المتقدمة اكثر تعقيدا ، وتستغرق وقتا طويلا قد يصل احيانا الى ثمانى سنوات بجانب الاختبارات التقليدية لتحديد التأثير الفارماكولوجى وسميته وقد اضيفت مراحل اخرى للاختبارات لاستبعاد أى احتمالات للخطورة والسمية حتى بالنسبة للتأثير بطيء المفعول ، فتجرى حاليا تجارب بجرعات مختلفة

الادوية ، كما تبين ان نسبة الوفيات فى المستشفيات الامريكية تبلغ واحداً فى كل عشرة آلاف فى اقسام الجراحة وواحد فى الالف فى اقسام الامراض الباطنة .

الاتجاهات الحديثة فى صناعة الدواء :

ظهرت فى السنوات الأخيرة اتجاهات حديثة فى صناعة الدواء ، بعد ان بدأ العالم يفتح آفاقاً جديدة فى البحث العلمى وانتاج الدواء وذلك لزيادة فعالية الانسان فى حربه ضد المرض ومن اهم هذه الاتجاهات :

- تطوير الاشكال الصيدلانية وطريقة تعاطى الدواء .

- تبسيط تركيب المستحضرات الصيدلانية والالتزام بالجرعات العلاجية .

- استعمال الاسماء العلمية بدلا من الاسماء التجارية .

- استعمال العبوات محكمة الغلق .

- انتاج واستهلاك اصناف جديدة تدرج تحت مجموعات دوائية معينة .

- الاهتمام بالتوافر الحيوى للعناصر الفعالة فى جسم المريض .

- انتاج ادوية موجهة الى العضو المصاب او المؤثر .

- أدوية الأمراض النادرة .

- علاج الأمراض الوراثية .

- التوسع فى انتاج واستعمالات مركب انترفيرون .

- انتاج الانسولين من مصدر بشرى .

وفيما يلى عرض موضع لهذه النقاط :

(١) تطوير الاشكال الصيدلانية وطريقة تعاطى الدواء :

حدث فى السنوات الثلاث الأخيرة تطور ملحوظ فى الاشكال الصيدلانية وفى طريقة تعاطى الدواء ووصلت الى الاسواق اصناف جديدة لها خصائص نادرة لم تكن موجودة فى خلال العشرين او الثلاثين عاما الماضية .

وقد بدأ التوسع فى استعمال الادوية التى تنفذ من الجلد ، ويوجد

لفترات متعددة على التأثير على اجنة حيوانات التجارب وعلى الانسجة وعلى امكان حدوث نشاط سرطانى ثم يصرح بعد ذلك باجراء تجارب بجرعات صغيرة على مجموعة من المتطوعين ثم يتم التوسع فى التجارب على بعض المرضى بجرعات علاجية وفى هذه المراحل تكون هذه التجارب تحت الرقابة الدقيقة والمستمرة .

ولا شك ان متابعة المعلومات الطبية التى تتداول عالميا سوف تساهم فى استبعاد الاصناف التى ثبت عدم سلامة استعمالها مع ضرورة سرعة ابلاغ ذلك الى اعضاء المهن الطبية .

(٧) تسجيل ومتابعة السمية والآثار الجانبية للدواء : اصبحت سمية الادوية الحديثة وزيادة آثارها الجانبية الضارة من الامور التى تهتم بها كافة الدول ، وبخاصة الدول المتقدمة لما يتوفر لدى سكانها من وعى ، واهتمام حكوماتها بمتابعة الآثار السمية للدواء ، وقد قامت اغلب هذه الدول المتقدمة بانشاء هيئات لتسجيل ومتابعة الآثار الجانبية للادوية ، وقد بدأ انشاء هذا النظام فى ١٩٦٤ باستراليا والمملكة المتحدة والولايات الامريكية والمانيا الغربية وغيرها . ويتم تسجيل الآثار الجانبية للدواء عن طريق مشاهدات الاطباء فى عياداتهم والمستشفيات او فى الوحدات العلاجية المختلفة .

وفى الاجتماع الثالث والعشرين لهيئة الصحة العالمية فى عام ١٩٧٠ تقرر ان تقوم الهيئة بعمل نظام دولى لتسجيل الآثار الجانبية لاستعمال الدواء .

وقد تبين فى دراسة اجريت فى الولايات المتحدة الامريكية ان ٣٣ ٪ من الاعراض الجانبية التى تم تسجيلها نتجت عن استعمال ثمانية انواع من الادوية هى :

الاسبرين - مضادات الميكروبات - ديجوكسين - انسولين - مدرات البول - مضادات التجلط - الكورتين - الهرمونات .

وفى دراسة تحليلية اجريت عام ١٩٧٣ فى الولايات المتحدة الامريكية ايضا تبين ان هناك عددا من الوفيات حدثت بسبب استعمال

حاليا في الاسواق الخارجية ثلاثة اصناف من مستحضر نيتروجلسرين وكذلك سكوبولامين ، كما يتوقع ان يتوفر قريبا مستحضرات من أدوية القلب وشبيه الكورتيزون وكذلك الادوية التي تستعمل في الامراض المزمنة ذات الجراحات الصغيرة .

ويستعمل النيتروجلسرين على شكل مرهم بكمية محدودة على مساحة محددة من الجسم ثم يغطى وقد ثبت ان استعمال هذه الطريقة اكثر فاعلية من الأقراص تحت اللسان حيث ان طريقة الاستعمال على مساحة من الجلد تضمن الجرعة لمدة ٢٤ ساعة .

كما تم انتاج مستحضر سكوبولامين لعلاج حالات التوازن وذلك باستعمال لاصق خلف الاذن بعيدا عن الشعر ، حيث يسرى مفعول الدواء لمدة ثلاثة ايام ومستحضر نيوفللين لعلاج الربو بالطريقة نفسها . وهناك طريقة استحدثت لانتاج اقراص يتحكم فيها الضغط الازموزي وتتلخص هذه الطريقة في انتاج قرص مغلف من الخارج بمادة تسمح بنفاذ الماء ولا تسمح بنفاذ المواد الفعالة ويثقب الغلاف باستعمال اشعة الليزر .وعندما يتعاطى القرص يتم امتصاص الماء من خلال الغشاء حيث يتم ذوبان الدواء بالتدريج فيزيد الضغط داخل الغشاء ويتسرب المحلول ببطء من خلال الثقب وقد انتج بواء الاندروميناثين بهذه الطريقة . واستحدث كذلك شكل صيدلى جديد لعلاج المياه الزرقاء للعين يتكون من غشاء من لدائن خاصة تغلف العنصر الفعال ويوضع هذا الشكل الصيدلى تحت الجفن الاسفل للعين ويستمر وجوده وتأثيره لمدة سبعة ايام متصلة .

وهناك شكل جديد من الكابسولات المهدنة للمستحضر ديازيبام يطيل تأثيره المهدىء ويقلل في الوقت نفسه من التأثيرات الضارة المصاحبة بحيث تصل اقصى نسبة له في الدم بعد فترة تتراوح بين ٥ - ٨ ساعات من تعاطيه بينما النوع العادى تصل اقصى نسبة له بعد ساعتين من تعاطيه وتعطى الكابسولة ١٠ ملج منه نفس تأثير ثلاثة اقراص ٥ ملج من الديازيبام العادى وتقليل مشكلات المهدىء الى اقل

حد ممكن يجب اخذ الكابسولات في بداية المساء ويتكون هذا الشكل الجديد من كابسوله جيلاتينية معبأة بالمادة الفعالة مخلوطة مع مواد حاملة رغويات مائية وتذيب محتويات المدة الكابسولة ثم ترتبط مع الطبقة الخارجية للعنصر مكونة طبقة محيطة ثم بعد استهلاك هذه الطبقة تتكون طبقة ثانية وهكذا ، وذلك فان تأثير الدواء يتم على دفعات متتالية حيث يستمر تواجده في المعدة فترة تتراوح بين اربع وعشر ساعات .

٢) تبسيط تركيب المستحضرات الصيدلانية والالتزام بالجرعات العلاجية : تتجه صناعة الدواء في العالم الى تبسيط التركيب بالنسبة للمستحضرات الصيدلانية واصبحت الافضلوية للادوية المركبة من عنصر فعال واحد منفرد ، وذلك لأسباب علمية واكينيكية كثيرة من أهمها :

- ضمان عدم التفاعل بين العناصر الفعالة في التركيبة الواحدة .
- التركيز على العنصر الرئيسى في الدواء اللازم للتأثير الفارماكولوجى المطلوب .

- التحكم في جرعة العنصر الفعال .
- استبعاد العناصر الاخرى التى قد يرى بعض اطباء عدم أهميتها بالنسبة للعلاج ، أو احيانا ضررها .
- التركيبة المبسطة اكثر ثباتا من متعددة العناصر .
واهم الادوية التى ظهر الاتجاه فيها الى منع الازواجية :

حقن مخلوط البنسلين والاستربتومايسين - خليط السجماميسين -

المضادات الحيوية والفيتامينات - ادوية القلب ومهدئات الاعصاب -

ادوية اسهال الاطفال مع المضادات الحيوية . علاوة على التركيبات

المتعددة من ادوية السعال التى تختلط فيها العناصر الفعالة المسكنة

والمنفثة التى توسع العضلات اللاارادية فضلا عن مضادات الهيستامين

، وكذلك الادوية المقوية والفيتامينات المتعددة ذات الجرعات الكبيرة التى

تزيد على احتياجات المريض وتعتبر اسرافا بالنسبة للدولة والفرد .

ومن الملاحظ ان الشركات المحلية ما زالت تنتج فيتامين ب ١٢ المركب

سنة تضاف اسماء جديدة لنفس العناصر الحيوية ولنفس الاثر الطبي ،
تبعاً للشركة المنتجة برغم توافر بدائل اخرى كثيرة منتجة فى شركات
اخرى وأحياناً فى نفس الشركة .

وبالنسبة لاقتراحات منظمة الصحة العالمية فى اختيار أسماء
للاصناف فقد حددت شروط ذلك بان يدل الاسر العلمى (غير التجارى)
على التأثير الفارماكولوجى او العلاجى او على عضو بذاته كما يجب ان
يكون الاسم سهل النطق والكتابة وقصير المقطع .

٤) استعمال العبوات محكمة الغلق : نظراً لخطورة وجود
المستحضرات الدوائية من الاقراص والكابسول فى متناول الاطفال فان
اغلب دول العالم المتقدم بدأت فى تعميم استعمال العبوات المقاومة للفتح
سواء فى العبوات التى تنتجها شركات الدواء او فى العبوات التى يتم
تجزئة الدواء فيها فى الصيدليات .

ونظراً لسهولة تناول الاقراص والكابسول المعبأة فى شرائط بواسطة
الاطفال الذين اعتادوا استعمال الحلوى معبأة فى عبوات معاملة فان
الاتجاه حالياً هو تفضيل استعمال العبوات المقاومة للفتح وخاصة فى
الاصناف ذات السمية الكبيرة التى يحتمل ان تكون قريبة من متناول
الاطفال أو المرضى المتخلفين عقلياً .

وفى الدول التى ينص القانون فيها على استعمال عبوات خاصة عند
تجزئة الدواء فى الصيدليات فان القضاء يدين الصيدلى الذى يصرف
الدواء فى عبوة سهلة الفتح اذا حدث من ذلك خطورة على حياة وصحة
احد الاطفال وهو أمر يفضل معه الغالبية العظمى من الصيادلة فى هذه
الدول استعمال العبوة المحكمة الغلق .

ونظراً للمشكلات الكثيرة التى حدثت بسبب انتاج الابوية فى عبوات
غير محكمة الغلق ونظراً لما حدث اخيراً فى الولايات المتحدة الامريكية
عندما اضيف الى بعض انواع الكابسول المتداول مواد سامة فقد اعلنت
الحكومة الامريكية ضرورة صرف الابوية التى تصرف بدون تذكرة طبية
فى عبوات محكمة الغلق ، سواء اكانت على هيئة اقراص ام كبسولات ام

مع فيتامينات اخرى على شكل امبولتين ومجموعات كبيرة غير لازمه مما
يضاعف الفاقد ويزيد التكلفة بالرغم من أن الشركات العالمية قد انتجت
هذا المخلوط فى امبول واحد .

٣) استعمال الاسماء العلمية بدلا من الاسماء التجارية :

مضى على استخدام اغلب الابوية شائعة الاستعمال مدة تتراوح بين
١٥ سنة وأكثر من ٢٥ سنة وفى كل سنة ينضم الى هذه المجموعة أدوية
جديدة انتهت مدة احتكارها واصبح انتاجها وبيعها حراً لكل من
يستطيع ان تقوم بصناعتها .

وقد ثبت ان شركات الادوية تروج للاسماء التجارية وتتكلف فى
سبيل ذلك مصروفات باهظة تزيد من سعر هذه الاصناف ، الامر الذى
يضاعف تكاليف العلاج وقد بدأت اغلب دول العالم - المتقدم منها
او النامي - فى التوسع فى استعمال الاسماء العلمية للدواء وخاصة
المتداول منه فى المستشفيات العامة ووحدات العلاج التابعة للحكومة او
الخاضعة لنظام التأمين الصحى ، وساهم ذلك فى تخفيف ميزانية الدواء
بنسبة كبيرة . وقد صدرت قوانين فى اكثر من ٣٠ ولاية من الولايات
المتحدة الامريكية تحتم على الاطباء كتابة الوصفة الطبية بالاسماء
العلمية ، وامكن للمملكة المتحدة توفير مبلغ ٢٩ جنيه عام ١٩٨٢ بسبب
استعمال الاسماء العلمية فى احد عشر نوعاً من الابوية .

وبدأت منظمة الصحة العالمية فى التوسع فى اعداد قوائم بالاسماء
غير التجارية منذ سنوات طويلة تضيف اليها كل عام قوائم جديدة .
ونظراً لأهمية ذلك وتنظيماً لصرف الدواء ومنعاً من الاحتكار
واضعافاً من تأثير الدعاية الترويجية للشركات العالمية فقد تبنى هذه
القوائم عدد كبير من دول العالم وفى هذا الصدد قررت حكومة المانيا
الغربية عدم تسجيل اصناف الدواء بالاسماء التجارية والتى سبق
تداولها باسماء علمية وبدأت مصر منذ سنوات طويلة فى استعمال
الاسماء العلمية فى الوحدات الحكومية فقط الا ان الغالبية العظمى من
الاصناف المنتجة والمستهلكة ما زالت تحمل الاسماء التجارية وفى كل

سوائل .

كما حثت الحكومة على ضرورة تسجيل تحذير للجمهور بعدم استلام الادوية غير محكمة الغلق .

هـ (انتاج واستهلاك اصناف جديدة تندرج تحت مجموعات نوائية معينة : نظرا للتقدم الكبير الذى حدث خلال العقدين الاخيرين فى ابتكار ادوية جديدة فقد تغير نمط الانتاج والاستهلاك العالمى فى المجموعات الدوائية وقد تبين ان ٦٠ ٪ من الادوية والمركبات الصيدلانية المتكونة فى خلال العشرين سنة الماضية تنحصر فى المجموعات الآتية :
- مضادات الروماتيزم والتهابات المفاصل .

- المضادات الحيوية .

- مضادات الاورام .

- الهرمونات وخاصة اقراص منع الحمل .

وقد اصبح نمط استهلاك اهم المجموعات الدوائية عالميا على النحو

التالى :

مضادات حيوية ١١ ٪

ادوية القلب والشرابين ٨ ٪

ادوية المفاصل ٥ ٪

ادوية الامراض النفسية ٤ ٪

وتتجه الابحاث والتطوير خلال السنوات القادمة لانتاج اصناف

جديدة تندرج تحت المجموعات الدوائية الآتية :

- ادوية السرطان .

- مضادات الحيوية واسعة الطيف .

- ادوية القلب والشرابين .

- مضادات الحساسية .

- ادوية الشيخوخة .

- ادوية الامراض النفسية .

ويزداد الطلب فى الدول النامية بوجه عام على المجموعات الآتية :

- مضادات الحيوية .

- ادوية السعال والبرد .

- الفيتامينات والمقويات .

- المسكنات .

- الهرمونات .

٦ (الاهتمام بالتوافر الحيوى للعناصر الفعالة فى جسم المريض :

عندما يتناول المريض الدواء فان ذلك يكون بهدف وصول العناصر الفعالة الى سوائل وانسجة الجسم ، وليس كل ما يصنع من دواء يمكن ان يحقق هذا الهدف بكفاءة ولذلك كان لابد من اجراء بعض الابحاث والدراسات لمعرفة امكان وصول الدواء الى انسجة الجسم فى الوقت المناسب ويسمى ذلك بالتوافر الحيوى للدواء .

ويعتمد هذا التوافر ونجاحه على كثير من العوامل : يرجع بعضها الى المادة الفعالة ، والبعض الآخر الى الاضافات الكيماوية ، أو الى طريقة التصنيع وهذا هو سر الخبرة المتميزة فى هذه الصناعة الدقيقة .
وهناك عناصر مرتبطة بالمريض نفسه تعتبر هامة واساسية بالنسبة للتوافر الحيوى مثل : امراض المعدة والأمعاء ونوع الغذاء الذى يتناوله ومواعيد تناول الدواء وغير ذلك من الاختلافات الفسيولوجية أو تباين الطباع .

وتتكلف دراسات التوافر الفسيولوجى مبالغ باهظة اذا تمت على كل الانوية ، ولذلك فان هذه الاختبارات تتم فى الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة على بعض المستحضرات العامة والحيوية التى لايزيد عددها على خمسين مستحضرا .

٧ - انتاج ادوية موجهة الى العضو المصاب او المؤثر :

نظرا لان الانوية التى تستعمل حاليا تمتص وتوزع على سوائل الجسم بالكامل تقريبا ويختص منها العضو المصاب او المؤثر بنسبة

الجهاز الدموي والقلب - البول السكري - الاورام - امراض المفاصل -
والامراض الطفيلية لها علاقة بالصفات الوراثية .

واول مراحل الوقاية من هذه الامراض هي السيطرة على العوامل
البيئية والعادات اليومية والاجتماعية والغذائية .

ولوحظ ان نسبة كبيرة من هذه الامراض الوراثية يمكن ان تستجيب
للعلاج ، وسوف تتزايد هذه النسبة بواسطة استبدال المادة المفقودة .

كما امكن استنباط وانتاج أدوية باستعمال الهندسة الخلوية لعلاج
الامراض الآتية :

البول السكري - تصلب الشرايين - الامراض الفيروسية -
السرطان - العقم - الامراض الهرمونية - الجروح والحروق -
الروماتيزم والتهابات المفاصل - بعض امراض العظام - اصابة
الإعصاب - النزيف - الانيميا - الهيموفيليا - التجلط - الصدمة -
نقص المناعة .

١٠ (التوسع في انتاج واستعمال مركب انترفيرون : يوجد حاليا
اكثر من ٧٢ شركة في ١٤ دولة تقوم حاليا ببحث وتطوير هذا
المستحضر الجديد وفيما يلي بيان بعدد هذه الشركات في الدول
المختلفة :

٢٧ في الولايات المتحدة الأمريكية :

٢٤ في اوروبا

١٦ في اليابان

١ في استراليا

١ في كندا

الى جانب ٢٨ جامعة ومركز بحوث ، وبذلك يكون المجموع ١١٠
منظمة في انحاء العالم ويقوم المركز القومي للسرطان في الولايات
المتحدة الامريكية باختبارات اكلينيكية على استعمال المستحضر في
علاج السرطان وقد تعاقد المركز لشراء ٢٥٠ مليون وحدة قيمتها ٦.٥
مليون دولار .

ومنذ عام ١٩٧٨ تم استثمار ٧ مليون جنيه في مجال التجارب
الكلينيكية .

ومن المتوقع ان تصل المبيعات من المستحضر الى بليون دولار عام

قليلة مثل بقية الاعضاء ، الامر الذي ينتج عنه زيادة الجرعة واحتمالات
زيادة نسبة السمية ، فان الاتجاهات الحديثة تسعى لانتاج اصناف
يمكن ان تتجه مباشرة للعضو المطلوب التأثير عليه وبذلك يمكن تخفيض
الجرعة وتقليل احتمالات الآثار الجانبية الضارة .

ومن المعروف حاليا ان بعض الادوية المستعملة منذ سنوات لها هذه
الخاصية ، ومنها : الادوية التي تستعمل لاغراض موضعية كالمراهم ونقط
الاذن وقطرات العين وأدوية الاسنان والادوية التي تعالج النزلات المعوية
أو الديدان ، غير ان الادوية التي يلزم وصولها الى انسجة الجسم
الداخلية في امكان محددة لم تكن معروفة حتى وقت قريب إلى أن بدأت
شركات الدواء العالمية في عمل التجارب لانتاج مثل هذه الاصناف
الموجهة في عام ١٩٧٠ .

وهي تتكون من فوسفوليبيد مزدوج الطبقات به طبقة سائلة تحتوى
على المادة الفعالة وطبقات دهنية أخرى بما يشابه الخلية الحية . وبذلك
تكون المادة الفعالة متحويلة في هذا الغشاء حتى تصل الى المكان
المطلوب دون النوبان في خمسة لترات من الدم بالاضافة الى السوائل
الآخرى الموجودة في جسم المريض .

ويوجد حاليا ادوية من هذا الصنف تصلح لالتهام الكرات والتي
تصل الى بعض خلاياها الحيوية وقد اثبتت هذه الادوية نجاحا ملحوظا ،
بالنسبة للتوجه الى الكبد لعلاج مرضى الليشمانيا .

٨) ادوية الامراض النادرة : يوجد في الولايات المتحدة الامريكية ما
يقرب من ٢٠٠٠ مرض نادر تتجنب شركات الدواء بامريكا وغيرها
الدخول في مجالات ابحاثها أو انتاجها لعدم وجود سوق استهلاكي
اقتصادي لها وقد اعتمد مبلغ ٧٥ مليون دولار امريكي تصرف خلال
السنوات الخمس القادمة كتعويض لخسائر شركات الادوية العاملة في
هذا المجال مع منح ميزات ضرائبية ضخمة تصل الى تخفيض قدره
٧٥٪ وذلك للشركات التي تقوم بابحاث تهدف الى انتاج ادوية الامراض
النادرة ، كما تصرف الحكومة الامريكية ٤ مليون دولار سنويا لتمويل
الابحاث الخاصة بهذه الادوية بجانب المساعدة في سرعة تسجيلها ،
ومنحها فترة احتكار تزيد على المعدل العادي بسبع سنوات .

٩) علاج الامراض الوراثية : يبدو ان بعض الامراض مثل امراض

وتحدث يوميا مشكلات وحوادث مؤسفة بسبب عدم فهم المرضى التعليمات الصحيحة اللازمة لتناول الدواء .

وفى دراسة ميدانية اجريت فى المملكة المتحدة اتضحت خطورة هذا الوضع ، ليس فقط بالنسبة للاميين ولكن بالنسبة لكثير ممن يجيئون القراءة ، وقد خلصت هذه الدراسة الى ضرورة الاهتمام بتوضيح تعليمات تعاطى الدواء ، والذي يعتبر المسؤولية المباشرة لكل من الطبيب والصيدلى ، واقتُرحت ان تتضمن النشرة الطبية التعليمات اللازمة لتعاطى الدواء والنصائح الموجهة الى المريض بطريقة تيسر له تناول الدواء بطريقة سليمة تمنع الخطأ ، وتجنبه المخاطر الناشئة عن سوء الاستعمال .

واقترحت الدراسة ان تكون بعض هذه التعليمات عن طريقة الاستعمال ، بأعداد نشرة مع كل دواء موجهة الى المريض وبها رسوم مبسطة توضح الطريقة الصحيحة لاستعمال وتناول الدواء من حيث الجرعة والأوقات حتى يتوقف المريض عن الاستمرار فى استعمال الدواء وحتى يلتزم باستشارة الطبيب .
الدعم الحكومى للدواء :

تحرص الحكومات على توفير الدواء بأسعار مخفضة تقل كثيرا عن تكلفة استيراده او تكلفة انتاجه محليا ، بحيث يتناسب السعر مع دخل الغالبية العظمى من المواطنين .

وتتحمل الدولة جزءا ضئيلا كدعم مباشر على صورة اعانة سنوية لمواجهة الخسائر الناتجة عن زيادة تكلفة الاستيراد من الخارج .
وتتحمل الشركات المستوردة والمنتجة محليا باقى الخسائر الناتجة عن زيادة التكاليف ، والتي اصبحت تمثل خسائر فعلية وخاصة بالنسبة لما يتم استيراده من الخارج ، بسبب التضخم العالمى وزيادة اسعار صرف العملات الاجنبية .

وتساير مصر باقى دول العالم فى سياسة توفير الدواء بأقل الاسعار الا ان الامر يتطلب اعادة دراسة مجالات الدعم سواء المباشر أو غير المباشر ، فى مجال الدواء لتوجيهه الى المستحضرات اللازمة للغالبية العظمى من المواطنين أو ذات الصلة الاستراتيجية فى العلاج .

٢٠٠٠ . وستقوم جامعة القاهرة فى خلال هذا العام باقامة وحدة لهندسة الخلية يشترك فيها اساتذة من كافة الكليات التى لها علاقة بهذا المجال .

(١١) انتاج الانسولين من مصدر بشري : استمر العالم ينتج الانسولين من مصادر حيوانية سواء من بنكرياس الخنزير أو البعير ، وذلك منذ اكتشاف هذا الهرمون الحيوى .

ومع تطور العلم فى السنوات القليلة الماضية ومع بدء هندسة الجينات اصبحت انتاج الانسولين من مصادر بشرية أمرا قابلا للتحقيق ، وقد انتج فعلا ومن المتوقع ان يتم الاتجاه نحو استعمال هذا النوع الجديد بسرعة كبيرة فى السنوات القليلة القادمة .

ويقبل اعضاء المهن الطبية هذا الموضوع بحذر حيث ان تحويل المرضى من الانسولين الحالى إلى الانسولين الجديد قد يأخذ وقتا ليس بالقصير كما ان فائدته قد لا تكون بالضرورة افضل .

الأدوية الممنوعة فى دول أخرى

نظرا لان نظام تسجيل الأدوية التى تستورد او تنتج يعتبر الحارس الأولى على صحة وحياة المواطنين فقد كانت مصر من اوائل الدول النامية التى التزمت بوضع نظام محكم لتسجيل الادوية ضمانا لى لا تتسرب اليها الأدوية المشكوك فى صلاحيتها او التى قد تؤثر على صحة المواطن ، وفى اطار هذا النظام منع استيراد بعض الادوية التى ظهرت سميتها بعد التداول .

عواقب عدم فهم المريض لكيفية تناول الدواء :

يعانى كثير من المرضى من عدم قدرتهم على فهم التعليمات الخاصة باستعمال الدواء من حيث الجرعة وطريقة الاستعمال وتوقيته علاوة على عدم فهم التعليمات الخاصة بالامتناع عن استعمال الدواء ويرجع ذلك الى عدة اسباب اهمها :

× انتشار الامية .

× قصر المدة التى يقضيها الطبيب مع المريض

× قصور الشرح فى النشرة الطبية التى توجه اصلا الى الطبيب .

ويتضح مما سبق أهمية الحاجة إلى استمرار دعم بعض اصناف الدواء وتحديد سعره تحقيقاً لمبدأ الصحة للجميع الذي تتبناه الحكومة ، وتحديد الدقيق لأصناف الأدوية الأساسية اللازمة لبقاء الحياة ، وتصنيف باقى الأدوية إلى مستويات حسب تركيبها ودرجه لزومها لحفظ المستوى الصحى للمواطنين . مما قد يساعد فى تحديد مقدار الاعانة المطلوبة لكل صنف من الدواء .

وبالنسبة للأدوية المستوردة فقد لوحظ أن الشركات العالمية تقدم الأدوية الجديدة - سواء أكان ذلك اكتشافاً جديداً أم تطويراً لدواء قديم - بأسعار مرتفعة أخذة فى الاعتبار ما حدث من تثبيت لسعر الدواء لسنوات طويلة ، وأصبح من الممكن أن يغطى السعر الجديد التضخم المتوقع فى خلال عدد من السنوات القادمة .

أما بالنسبة للأدوية المحلية فقد بدأت الشركات المنتجة ، سواء التابعة للقطاع العام أو غيرها ، فى تعديل تركيبات وعبوات بعض مستحضراتها وتقديمها بشكل جديد وتم ذلك فى ٥٦ مستحضراً .

التوصيات

وعلى ضوء ما تقدم وما دار فى المجلس من مناقشات ، ومع التأكيد على التوصيات السابق صدورها من المجلس بتاريخ ١٩٨١/١/٢٠ فى شأن استراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠ وأهمية السير فى تنفيذ ما لم يتم تنفيذه منها - فإن المجلس يوصى بالآتى :

* الالتزام بتطبيق قواعد الممارسة الجديدة لصناعة الدواء الحالية خلال ثلاث سنوات وفى المصانع الجديدة عند اعطاء الترخيص ، سواء فى الأقسام الانتاجية أو الرقابة على جودة الانتاج ، أو فى المخازن ، الأمر الذى يقتضى تنفيذ القرارات الصادرة من جهات الاختصاص فى هذا الشأن .

* متابعة التطور السريع فى استعمال الأدوية من المصادر النباتية ، والتوسع فى انتاجها محلياً ، وخاصة بالنسبة للعناصر الفعالة التى تزود مصادرها فى مصر أو فى السودان ، وتشجيع القطاع الخاص

وبرغم حرص الحكومات فى الخارج على دعم الأدوية الأساسية اللازمة للبقاء على الحياة ، فإنها تحاول جاهدة تخفيض أو إلغاء الدعم على الأدوية الأخرى ، حسب أهميتها فى الحفاظ على المستوى الصحى المطلوب لمواطنيها ، وإيجاد توازن بين أسعار تكلفة الأدوية والسعر المدعم لضمان استمرار الشركات المحلية فى عمليات التطوير والاحلال والتوسع ، فمثلاً أصدرت فرنسا قانوناً بتخفيض الدعم الحكومى بنسبة تتراوح بين ٤٠٪ ، ٧٠٪ على ١٢٠٠ مستحضر دوائى ، منها الفيتامينات ومضادات الجروح وأدوية الجهاز الهضمى ومضادات الحموضة والهرمونات .. كما خفضت الدعم بنسبة ٧٠٪ إلى ١٠٠٪ على ١٥ صنفاً آخر ، بينما أوقفت الاعانة كلية عن سبعة اصناف ومع تخفيض هذا الدعم فإن الحكومة هناك تقاوم زيادة أسعار الدواء كلما أمكن ذلك . وقد نجحت فى ألا تكون الزيادة فى سعر الدواء فى خلال عام ١٩٨٢ أكثر من ٥٪ .

وفى إيطاليا أدخلت بعض التعديلات على الدعم الحكومى لأصناف الأدوية ، فبعد أن قسمت الأدوية إلى مستويات مختلفة حسب أهميتها للإنسان ، قررت الاعانة الكاملة على الأدوية الأساسية اللازمة لحفظ الحياة فقط ، ولم تعتبر المضادات الحيوية والعلاجات الكيميائية منها ، بل برزت مساهمة المرضى فيها بنسبة ٥٪ من الاعانة المقررة لها ، وكذلك مساهمة المرضى بنسبة ٢٠٪ من قيمة الاعانة على باقى الأدوية ، وفى نفس الوقت عينت الحكومة مفوضاً عنها فى اللجان التى تقوم بتسعير الدواء .

وفى إسبانيا تضغط الحكومة بشدة للحفاظ على مستوى سعر الدواء دون تغيير ، وقد نجحت فى ذلك خلال عام ١٩٨٢ ويقدر المسئولون ألا تزيد الأسعار فى خلال عام ١٩٨٣ بنسبة أكثر من ٨٪ .

كذلك طالبت إدارة الأنشطة الصيدلانية التابعة للحكومة البرتغالية بقصر الاعانة الحكومية على الأدوية الأساسية ، وإعادة النظر فى معدلات الاعانة الحكومية بالنسبة للأدوية الأخرى .

على المساهمة فى هذا المجال بتخصيص جوائز ايجابية كبيرة للمتفوقين فيه ودعوة لانشاء شركات مساهمة لهذا الغرض .

* متابعة النظم العالمية بشأن خطوات تسجيل الأدوية والعمل على تكثيف تطبيقها محليا ، وخاصة بالنسبة للأصناف الحديثة ، مع ادخال بحوث التوافر الحيوى بالنسبة للأصناف التى تحتاج ذلك .

* استمرار متابعة البحوث العالمية بخصوص التطور فى الاشكال الصيدلانية ، والعمل على نقل التقنية الحديثة فى هذا المجال .

* مطالبة اللجان العلمية بقطاع الدواء بالاسراع فى اتمام دراسة الاصناف المتداولة فى السوق المصرية تمهيدا لتعديلها ، بهدف استبعاد الاصناف التى لم تصبح مطابقة لأحدث التطورات العلمية ، والعمل على تقليل عدد العناصر الفعالة فى الدواء الواحد ، والغاء الاصناف التى ثبت عدم ارتفاع درجة فاعليتها .

* مراجعة تواريخ انتهاء مفعول المستحضرات الدوائية المنتجة محليا والتوسع فى تحديد الاصناف التى يرى ضرورة تسجيل تاريخ انتهاء فاعليتها .

* الاهتمام بالاتجاهات الحديثة فى شأن هندسة الخلية والافادة منها فى مجال صناعة الدواء ، علاوة على المجالات الأخرى ، فى تنمية الثروة الحيوانية والنباتية .

* استمرار عملية ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمجموعات الدوائية التى ثبت الاسراف فى استخدامها ، وسرعة اصدار القرارات اللازمة التى تحتم وجود تذكرة طبية وخاصة بالنسبة للمضادات الحيوية والهرمونات وأدوية الروماتيزم الحديثة ، وأدوية الأعصاب والأمراض النفسية .

* التوسع فى استعمال الأسماء العلمية فى الأدوية المتداولة ، سواء المحلية أو المستوردة ، مع العمل على اصدار القرارات التى تنظم كتابة

التذاكر الطبية بالأسماء العلمية بون الأسماء التجارية كلما أمكن ذلك ، وتيسير ذلك على الأطباء والصيدالة بعمل الدليل والنشرات اللازمة للتعريف بمختلف هذه الأدوية ، وان تتضمن هذه النشرات ما يوضح للمرضى - بصفة خاصة - الطريقة السليمة لاستعمال الدواء بالنسبة للأدوية التى يخشى سوء استعمالها .

* تنظيم عملية تسجيل الأعراض الجانبية التى قد تحدث بسبب استعمال الدواء ، وذلك بتوعية أعضاء المهن الطبية ، وحثهم على ضرورة تسجيل ملحوظات وشكاوى المرضى من استعمال بعض الأدوية وإبلاغها الى الجهات المسؤولة التى يقترح أن تكون الجمعية الطبية المصرية والجمعية الصيدلانية المصرية ، مع الاستفادة بمركز السمية الموجود فى كلية طب عين شمس .

* تنظيم نوبات يشارك فيها جمعية اصداقاء المرضى ووزارة الصحة ، وقطاع الدواء ونقابا الأطباء والصيدالة ، وشعبة الخدمات الصحية بالمجالس القومية ، وذلك لشرح الأبعاد المختلفة للدواء ، واستخداماته ، ونشر الثقافة الدوائية التى تعالج مختلف الجوانب ، بما فى ذلك آثار بعضها على بعض واثار المأكولات عليها ، الامر الذى يؤدى احيانا الى الحاق الضرر بمن يتناول الدواء .

* ادخال العبوات محكمة الغلق بالنسبة للأدوية التى يخشى من سوء استعمالها على الأطفال والمتخلفين عقليا ، والعمل على انتاجها محليا .

* زيادة الاهتمام بمكسبات الطعم والرائحة فى الأدوية بوجه عام ، وفى ادوية الاطفال بوجه خاص .

* توجيه البحوث العلمية فى كليات الطب والصيدلة والعلوم وشركات الأدوية ومراكز البحوث العلمية للتركيز على البحوث التطبيقية فى مجال ابتكار او تطوير الأدوية ، على ان يراعى ذلك فى رسائل الماجستير والدكتوراه ، مع ربط هذه البحوث والدراسات باحتياجات القطاع الصحى والدوائى .

وقد أطلق على هذا النوع من الرعاية ، فى مصر وحتى وقت قريب :
الامن الصناعى مسايرة للتقدم والتطور الصناعى الذى واكب ثورة يوليو
١٩٥١ ، ثم غير المصطلح ليحقق المعنى العلمى الصحيح المعروف بوليا
وهو السلامة والصحة المهنية لأن مفهوم السلامة يشمل جميع المهن
صناعية وغير صناعية .

الأهداف الأساسية :

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد أهداف السلامة والصحة المهنية
بتحقيق الأمنيات الآتية :

أمن الموقع : وذلك بحسن اختياره طبقا لنوع الصناعة او المنشأة
ونشاطها وأخطارها المحتملة بما يضمن سلامة العمل والبيئة الخارجية
والمنشآت .

أمن المبنى : ويتحقق بحسن تخطيطه انشاء وتصميما ، بحيث يكفل
الامن والامان للعمال والمعدات والخامات والبيئة .

أمن الآلات والمعدات : عن طريق وفرة أجهزة الامان لها تصميميا أو
تعديلا .

أمن المواد الخام : بتوفير شروط الامان لطرق تخزينها وتداولها
بمختلف الأقسام الصناعية الأخرى .

أمن الانسان : ويتم بتحقيق عوامل الامن السابقة وبشرط التدريب
الجيد ، لمن يعمل داخل بيئة العمل ، على فنية عمله وأخطاره وطرق
الوقاية منه مع متابعته بعد ذلك على مستوى الاستيعاب ودرجة التنفيذ .

ويشترط ، بداية ، ان يكون المستوى الطبى للعامل لائقا لعمله ، حتى
يكون للكشف الطبى الدورى جدواه فى متابعة حالته الصحية عند
التعرض لأخطار المهنة صحيا .

أهمية تدابير السلامة والصحة المهنية :

وبهذا المفهوم الشامل تعتبر السلامة والصحة المهنية بشقيها فى
إطار واحد ، من الضرورات الحيوية والقومية لدعم الانتاج وتنمية
اقتصاد الدولة ، حيث ان حوادث العمل والاصابات والامراض المهنية

السلامة والصحة المهنية

صاحب التطور التاريخى للنهضة الصناعية ، اكتشاف الأخطار
المهنية التى يتعرض لها العاملون ، سواء فى المجال الصناعى أو
الزراعى .

ومع التقدم التكنولوجى فى علوم الطب والوقاية ، نشأ علم الصحة
المهنية ، وهدفه اكتشاف الأخطار الصحية المهنية ومصادرها ، ووقاية
العامل بالوسائل الفنية البيئية ، وذلك بالكشف الطبى الابتدائى ،
لاستطلاع حالته الصحية قبل التعرض لهذه الأخطار والكشف الطبى
والدورى عليه بعد التعرض ، لاكتشاف الأمراض فى حالة مبكرة ،
وعلاجها قبل استفحالها ، مع تلافى أسباب التعرض لها وبهذا تضمن
الوحدات الانتاجية الاحتفاظ بقدرات العامل الجسدية والنفسية ، حتى
يستطيع القيام بواجبه الانتاجى ، بدلا من أن يصبح عالة على المجتمع
فى حالة المرض أو العجز .

ويلاحظ أن العاملين فى المجالين الصناعى والزراعى فى الدول
النامية ومن بينها مصر - يتعرضون للأمراض المتوطنة والعامه بجانب
الأخطار الصحية فى بيئة العمل ، ونتيجة لهذا التعرض المزيج
تتضاعف أمراضهم أكثر من الفئات الأخرى ، مما يوجب مضاعفة
الرعاية والوقاية لهم .

تؤدي الى خسائر بشرية ومادية جسيمة ، الى جانب الخسائر الكبيرة غير المحسوبة في البيئة الخارجية من كائنات حية وطبيعية ، نتيجة لتسرب فضلات الصناعة الغازية أو الصلبة أو السائلة كما أن الآثار التي تترتب على عدم الاخذ باحتياجات وتدابير السلامة والصحة المهنية لها جوانب أخرى انسانية واجتماعية .

فضلا عن أن الحفاظ على القوى العاملة المدربة يعتبر حماية للثروة القومية الأولى بالبلاد ، وأن احاطتها بسياسات من الامن والأمان يمثل استثمارا أكيدا لطاقتها المنتجة .

الأوضاع التنظيمية والتشريعية الراهنة :

من الحقائق المسلم بها أن القوى العاملة أيسر استثمارا وأسرع عطاء في مجال التنمية الاقتصادية كلما توفرت أسباب الرعاية والحماية والدقة التنظيمية والتشريعية ، ويستفاد من تتبع هذا الموضوع - في المرحلة الحالية والسابقة - تعدد الأجهزة العاملة في هذا المجال ومن ثم تباين اساليب ادائها ، وتعدد تشريعاتها . ويتضح ذلك على سبيل المثال لا الحصر - من العرض الآتي :

أولا : الوزارات المعنية :

وزارة القوى العاملة والتدريب :

الأجهزة :

- الادارة العامة للامن الصناعي .

- المركز القومي لدراسات الأمن الصناعي .

- المجلس الاستشاري الاعلى للأمن الصناعي .

التشريع : قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ وقراراته الوزارية

المنفذة له .

وزارة التعمير والاسكان واستصلاح الاراضى :

الاجهزة :

- الادارة العامة للرخص واللوائح

التشريع :

- قوانين رخص المحال رقم ٤٥٣ لسنة ١٩٥٤ في شأن المحال

التجارية وغيرها .

- قوانين رخص المحال رقم ٣٧١ لسنة ١٩٥٦ في شأن المحال العامة .

- قوانين رخص المحال رقم ٣٧٢ لسنة ١٩٥٦ في شأن الملاهي .

- قرار جمهوري رقم ٩٩١ لسنة ١٩٦٧ بشأن بعض أحكام الامن الصناعي والترخيص باقامة المحال الصناعية والتجارية والمحال العامة والملاهي .

- قانون رقم ٣ لسنة ١٩٨٢ في شأن التخطيط العمراني .

وزارة الصحة :

الأجهزة :

- الادارات العامة لصحة البيئة .

- الادارة العامة للصحة المهنية .

- مكتب الوقاية من الاشعاعات .

- مركز صحة البيئة والصحة المهنية .

التشريع :

- قانون رقم ٥٩ لسنة ١٩٦٠ لاستخدامات الأشعاعات المؤينة والوقاية منها .

- قرار جمهوري رقم ٢٧٠٣ لسنة ١٩٦١ بإنشاء لجنة عليا للمياه .

- قرار جمهوري رقم ٨٦٤ لسنة ١٩٦٩ بإنشاء اللجنة العليا لحماية الهواء من التلوث .

- قانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٧٨ في شأن مياه الشرب .

- قانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨١ في شأن المنشآت الطبية .

وزارة الزراعة والامن الغذائي :

الأجهزة :

- الادارة العامة للوقاية من الحشرات والآفات .

- مركز البحوث الزراعية المتخصصة .

التشريع :

- قانون رقم ٥٣ لسنة ١٩٦١ لتأمين العاملين في مجال الزراعة .

الصناعية .

وزارة السياحة والطيران المدني :

التشريع :

- قانون رقم ١ لسنة ١٩٧٣ والخاص بمنح رخص المنشآت الفندقية والسياحية .

وزارة الكهرباء والطاقة :

التشريع :

- قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ بشأن الآلات الحرارية والمراجل البخارية لوزارة الكهرباء .

وقد حدد هذا القانون أن لكل وزارة مثل : البترول - الري - الصناعة - الانتاج الحربي - الكهرباء - الحق في اعطاء المنشآت الخاضعة لها حق منح هذه التراخيص وكذلك وزارة الحكم المحلي التي لها الحق في اختيار (اجهزة اطفاء الحريق وتعبئتها) .

ثانيا : اجهزة استشارية في مجال السلامة والصحة المهنية :

- المجلس الأعلى للسلامة والصحة المهنية ولجانه بالمحافظات (وزارة القوى العاملة والتدريب) .

- جهاز حماية البيئة (مجلس الوزراء) .

- مكاتب الهيئة (بالمحافظات) .

ثالثا : اجهزة أكاديمية تعمل في مجال السلامة والصحة المهنية :

- المركز القومي للبحوث بالدقي .

- اقسام طب الصناعات وأمراض المهنة ودراسات البيئة بالجامعات .

- المعهد العالي للصحة العامة بالاسكندرية .

رابعا : اجهزة شعبية لها دورها في مجال السلامة والصحة المهنية :

- الاتحاد العام لنقابات عمال مصر ، ويتمثل فيما يلي :

• سكرتارية الأمن الصناعي وفروعها في النقابات العامة واللجان النقابية .

- قرار رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٧ لتأمين العاملين من مخاطر المبيدات وتنظم وتداولها .

وزارة الصناعة والثروة المعدنية :

الاجهزة :

- مصلحة المناجم والمحاجر .

- مصلحة الكفاية الانتاجية .

التشريع :

- قانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٨١ بشأن تشغيل عمال المناجم والمحاجر .

- قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٨ بشأن الآلات الحرارية والمراجل البخارية .

قرار جمهوري رقم ٩٩١ لسنة ١٩٦٧ بتنسيق العمل بين اجهزة الأمن الصناعي بوزارة العمل والصناعة والاسكان .

وزارة الري :

التشريع :

- قانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٨١ بشأن الري والصرف لتأمين البيئة من مخلفات المصانع .

- قانون رقم ٥٥ لسنة ١٩٧٧ بشأن رخص الآلات الحرارية والمراجل البخارية .

- قانون حماية نهر النيل .

وزارة الداخلية :

الاجهزة :

- مصلحة الدفاع المدني

- شرطة المسطحات المائية

التشريع :

- قانون رقم ٦٦ لسنة ١٩٧٣ بشأن الحد من الحرائق ومكافحتها .. الخ .

- قانون رقم ١٠٧ لسنة ١٩٨٢ بشأن اجهزة الدفاع المدني للمنشآت

• معهد الامن الصناعى التابع للمؤسسة الثقافية العمالية .

القطاع الزراعى وأوضاعه :

يمثل قطاع الزراعة الحجم الأكبر للعمالة فى مصر ، ومع ذلك لم يتل العاملون به - حتى الآن - الاهتمام الكافى فى مجال السلامة والصحة المهنية ، بالقدر الذى وجه الى العاملين فى المجال الصناعى ، على الرغم من أن طبيعة العمل الزراعى توجب زيادة الاهتمام بالبيئة الزراعية ، مع ضرورة الحاجة الى ذلك بسبب خصائص هذا القطاع ، والتي تخلص فيما يأتى :

- عدم انتظام ساعات العمل . يعكس انتظام ساعات العمل فى الصناعة .

- العمالة المؤقتة ومشاكلها العديدة .

- العمال الزراعيون ليس لهم تنظيم قوى مثل عمال الصناعة ، يدافع عن حقوقهم .

فمثلا : لا يتمتع العامل الزراعى بحق الحصول على اجازة مرضية بأجر .

- مكان العمل الزراعى عادة فى البيئة الخارجية التى لا يمكن التحكم فيها (بعكس البيئة الصناعية) مما يعرضهم لتقلبات الجو والأتربة والأمراض المتوطنة .

- طبيعة عمل العمال الزراعيين ، ومعيشتهم بالقرب من الحيوانات ، تعرضهم للأمراض التى يمكن ان تنتقل من الحيوان الى الانسان .

- أماكن المعيشة ذات مستوى متواضع وكثير منها غير صحى .

- اشتراك النساء والاطفال فى العمل الزراعى .

- تعرضهم للمشاكل الناتجة عن استخدام التكنولوجيا الحديثة مثل المكننة الزراعية والمبيدات الحشرية .

السلامة والصحة المهنية فى قانون العمل :

تشمل تشريعات باب السلامة والصحة المهنية بقانون العمل الجديد

رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ والقرارات الوزارية المنفذة له ، كثيرا من الأهداف تطويرا لاحكام الامن الصناعى بقانون العمل السابق رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ ، وخاصة ما يأتى :

- تعديل تعريف الامن الصناعى بمفهومه العلمى بالسلامة والصحة المهنية ليكون اشمل وعلى مستوى جميع الأنشطة الاقتصادية (صناعة - زراعة - تجارة - خدمات كهرباء - بتروى) .

- سريان احكام هذا الباب (باب السلامة والصحة المهنية) على جميع المنشآت الخاضعة للقطاعات المختلفة بالدولة (خاص - عام حكومى - استثمارى) .

- انشاء اجهزة للسلامة والصحة المهنية تتكون من اخصائيين فى الطب والهندسة والعلوم والزراعة والصيدلة - بالإضافة للمهن المعاونة من علم نفس واجتماع واحصاء وغيرها وفنيين للسلامة والصحة المهنية للمنشآت التى يعمل بها خمسون عاملا فأكثر ، على أن يستخدموا اجهزة القياس المناسبة للنشاط المزاوئ مع تمثيل اجهزة السلامة والصحة المهنية فى هذه المنشآت فى اختيار المواقع الحديثة للعمل أو التوسعات ، والاشتراك فى اعمال التدريب والمتابعة الفنية داخل الاقسام ووحدات العمل المختلفة .

- الرعاية الطبية للعاملين : بتحديد نظم العلاج والكشف الطبى الابتدائى ، والدورى ، وخاصة العمالة المعرضة للأمراض المهنية ، والزام اطباء المنشآت بالتخصص فى طب الصناعات وامراض المهنة أو حضور دورات تدريبية متخصصة فى هذا المجال .

- افراد بند خاص لتأمين بيئة العمل للوقاية من المخاطر الهندسية والطبيعية والكيميائية والسلبية والحريق .

الأسس الجديدة فى قانون العمل :

وبالإضافة الى التعديلات السابقة فقد تضمن القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، مجموعة من الأسس أهمها ما يأتى :

الفقد الناتج من عدم اشتراطات السلامة والصحة المهنية :
يتكون هذا الفقد نتيجة للحوادث والاصابات والامراض المهنية كما

يلى :

أولا : خسائر بشرية : وذلك بالوفاة أو العجز نتيجة لحادث أو مرض مهني ، أو الغياب نتيجة للاجازات المرضية .

ثانيا : خسائر مادية :

- مباشرة : اجر العامل - قيمة الآلة أو المبنى أو المواد الخام .

- غير مباشرة : فى بيئة العمل :

× الأثر على نوعية الخام ومستوى الانتاج .

× الوقت الضائع نتيجة للحوادث والإصابات والامراض .

× الأثر على العلاقات الانسانية بين العاملين .

فى البيئة الخارجية :

- التأثير على الكائنات الحية (انسان - زراعة - حيوان .. الخ)

خارج بيئة العمل ، نتيجة للمخلفات السائلة أو الغازية ، بما يؤثر على حياتها أو كفاءتها .

- التأثير على الطبيعة وجمالها ، بما يحيلها الى بيئة لا تصلح للكائنات الحية .

هذا وقد اختلفت الباحثون فى تقدير نسبة الخسائر المباشرة الى الخسائر غير المباشرة ما بين ١ : ٥ و ١ : ١٠ و ١ : ٢٥ وذلك تبعا لمستوى تشريعات السلامة والصحة المهنية فى البلاد التى اجريت فيها البحوث ، ومدى استيعابها وتنفيذها للاشتراطات الواجبة التى تؤدى للأمن والامان والسلامة لجميع عناصرها اما فى مصر فلم تتم حتى الآن دراسة لحساب هذه النسبة . وقد حسبت فى هذه الدراسة تقديريا مع الحيلة ١ : ٥ .

مؤشرات احصائية :

تشير بعض الاحصاءات والبيانات الرسمية الصادرة عام ١٩٧٧

- مراعاة موقع المنشأة واماكن العمل ، بما يتفق مع احكام قانون

التخطيط العمرانى وقراراته المنفذة وتعديلاته .

- ان تكون العمليات الصناعية من الخام للانتاج بالمنشأة ، وعلى

مختلف الانشطة ، غير ضارة بصحة العاملين او سلامتهم ، وان يكون

هناك اخصائيون وفنيون للسلامة والصحة المهنية فى كل وردية باقسام الانتاج الرئيسية .

- الا تجرى اية انشاءات او تعديلات او توسعات فى المباني او مواد

الانشاء أو الآلات أو الماكينات أو الاجهزة الخطرة ، الا بعد الحصول

على الموافقة على مواقعها بالمنشأة واعتماد الرسوم الهندسية من الجهات المعنية .

- ان يراعى فى الاجهزة والآلات والمواد ، المواصفات القياسية

الصادر بشأنها قرارات معتمدة من الهيئة العامة للتوحيد القياسى بوزارة الصناعة .

- اعداد جهاز متخصص يقوم بالتفتيش على المنشآت الخاضعة

لهذا الباب ، وأن تتوفر فى افراد هذا الجهاز المؤهلات العلمية والخبرة

المناسبة فى النواحي الطبية والهندسية والكيميائية ، وتزويدهم باجهزة

ومعدات القياس مع كفاءة الامكانيات اللازمة . وذلك بالاضافة الى مايتأتى :

× التفتيش على المنشآت التى تخضع لاحكام قوانين رخص

المحال .

× التفتيش على المنشآت التى تخضع للقانون رقم ٢٧ لسنة ١٩٧١

الخاص بتشغيل العاملين بالمناجم والمحاجر .

× التفتيش على المؤسسات العلاجية .

- انشاء مجلس استشارى اعلى للسلامة والصحة المهنية على

مستوى الدولة - تكون له لجان بالمحافظات - ويضم الجهات المعنية فى

هذا المجال ، ويهتم برسم سياسة السلامة والصحة المهنية .

وعام ١٩٨٣ ، الى أن الخسائر المحققة فى المنشآت من الناحية الاقتصادية البحتة تمثل خسائر مباشرة .

وان خسائر القطاع العام وحده بلغت نحو ٥٦٢ مليون جنيه . وذلك لأسباب كثيرة متنوعة .

وبالرغم من أن هذه الخسائر تمثل عبئا كبيرا على الثروة القومية فهناك خسائر أخرى جسيمة وغير واضحة المعالم ، او مجمعة فى احصائيات يومية كاملة بتكاليفها المباشرة ، وهى قيمة الفقد والضياع الذى يسببه عدم الالتزام بتنفيذ اشتراطات السلامة والصحة المهنية داخل المنشآت خاصة الصناعية والزراعية وما ينتج عنها . من حوادث واصابات جسيمة وأمراض مهنية وحرق . مما يؤثر على مستوى الانتاج كما ونوعا وعلى العمالة المدربة والآلة والمواد وأثرها على الكائنات الحية بها والطبيعة ذاتها . كذلك مايسببه هذا التلوث من خلل كبير فى العلاقات الانسانية والاجتماعية والتفسية .

وبدراسة احصائيات الحالات المرضية والأمراض المهنية والحوادث الجسيمة التى اصدرتها الادارة العامة للإحصاء بوزارة القوى العاملة والتدريب لعام ١٩٨١ - وهى موزعة حسب النشاط الاقتصادى فى المنشآت التى بها ١٠٠ عامل فأكثر وبحساب أيام الفقد والضياع بالنسبة للاصابات والأمراض المهنية والحرق - يتبين ما يأتى :

أولا : الخسائر المباشرة :

- عدد المشتغلين بالمنشآت التى بها ١٠٠ عامل فأكثر ١.٠٥١.٧٩١ عامل تقريبا = ١.٠٥٢.٠٠٠ عامل .

- عدد أيام الفقد بسبب الأمراض المهنية (١٠٠ عامل فأكثر) = ٤.٦٨٥ يوم

- ايام الفقد بسبب اصابات العمل (١٠٠ عامل فأكثر) = ٣.٦٤٢.٨٦٢ يوم .

- مجموع أيام الفقد بسبب الاصابات وامراض المهنة (١٠٠ عامل فأكثر) = ٣.٦٤٦.٥٤٧ يوم .

- متوسط الأجر اليوى سنة ١٩٧٧ = ١٢١ قرش .

- متوسط الأجر اليوى سنة ١٩٨١ (بمضاعفة أجر ١٩٧٧) = ٢٦٢ قرش .

- قيمة الفاقد بسبب الاصابات والأمراض (١٠٠ عامل فأكثر) = ٩.٥٧٢.٩٥٣ جنيه .

- عدد العمال المنتجين فى مصر سنة ١٩٨١ = ٩.٧٩٩.٠٠٠ عامل .

- قيمة الفاقد التقديرى المباشر بالنسبة لمجموع المنتجين فى مصر بسبب الامراض المهنية والاصابات = ٩٥٧٤.٠٠٠

$$\frac{٩٥٧٤.٠٠٠ \times ٩٧٩٩.٠٠٠}{٨٨.٥٠٢.٤٨٢} = ١٠٥٢.٠٠٠$$

- قيمة الفاقد غير المباشر التقديرى (على اعتبار المباشر لغير المباشر ١ : ٥) بسبب الاصابات وامراض المهنة = ٨٨.٥٠٢.٤٨٢ × ٥ = ٤٤٢.٥١٢.٤١٠ جنيه .
- مجموع الفاقد المباشر + غير مباشر (١ + ٥) = ٨٩٢.٠١٤.٨٩٢ (١) .

ثانيا : خسائر الحريق :

- الخسائر المباشرة = ١٥.١٠٨.١٧١ .

- الخسائر غير المباشرة (١ : ٥) = ٧٥.٥٤٥.٨٥٥ .

- مجموع الخسائر المباشرة + الغير مباشرة = ٩٠.٦٥٤.٠٢٦ (ب)

ثالثا : مجموع خسائر الاصابات والامراض المهنية (١ + ب)

+ خسائر الحريق = ٦٦٢.٩١٨ ، ٦٦١ ، ٦٦٢

واذا كانت هذه الارقام تمثل عينة حقيقية فى جزء من قطاع الصناعة ، فاتها لا تشمل هذا القطاع على مستوى الجمهورية ، كما لاتشمل قطاعات هامة أخرى مثل : الزراعة والصيد ، العمال الموسمين .

ومن دراسة الاحصائيات السابقة يتبين ما يأتى :

- عدم حساب نسبة الامراض المهنية التى تعالج على انها عادية
للاسباب الآتية :

• لم تحدث دراسة حتى تاريخه لمعرفة هذه النسبة .

• عدم وجود اخصائيين لطلب الصناعات وامراض المهنة فى معظم
المنشآت لتشخيص هذه الامراض مبكرا وتمييزها عن الامراض العادية
والمزمنة .

- الانخفاض الظاهر فى الايام الفاقدة بسبب الامراض المهنية
بالاحصائية للأسباب الآتية :

• عدم التزام المنشآت بالكشف الطبى الابتدائى والدورى .

عدم تخصص اطباء المنشآت فى طب الصناعات وامراض المهنة
المشار اليها سابقا للتمييز بين الامراض العادية والمهنية وتشخيصها
مبكرا .

ومما سبق يتبين مدى أهمية تخصيص اطباء لمنشآت الصحة المهنية
، والتزامها بالكشف الطبى الابتدائى والدورى ، وذلك لتحديد وتشخيص
الامراض المهنية مبكرا ، وبالتالي وضع الاشتراطات اللازمة للوقاية منها
، وظهرها بالبعد الصحيح بالاحصائيات .

متطلبات المرحلة الحالية والمستقبلية :

لما كانت المقومات الاساسية لتخطيط الموارد البشرية ، وبلوغ
التخطيط لاهدافه ، يعتمد اول ما يعتمد على توفير الاطار التنظيمى
الذى يربط بين اهداف واداء مختلف الاجهزة التى تعمل فى مجال
السلامة والصحة المهنية ... فقد بات من الضرورى ، فى المرحلة
الحالية ان تصاغ سياسة السلامة والصحة المهنية فى اطار منظم ، وفق
خطة متكاملة العناصر ، تشترك فى رسمها وتنفيذها ومتابعتها كافة
الاجهزة المسئولة . وقوام هذه السياسة ربط هذه الاجهزة باهداف
محددة المعالم تتضافر فى سبيل تحقيقها كل الطاقات البشرية والمادية

٢١٨

المتاحة ، وتنطلق منها لاداء دورها فى ميدان العمل ، وتلاحق الاداء دعما
وترشيدا ومتابعة دورية نشطة بحيث تتجمع لديها التقارير والبيانات
والاحصائيات ، فتستخلص منها النتائج والمؤشرات وتطرح الظواهر
والمشاكل الميدانية والبيئية على بساط البحث العلمى ، لدراستها
واستنباط الحلول العملية والتشريعية ، لتأخذ طريقها نحو التطبيق
العملى وبهذا الاسلوب يمكن مواجهة مسئولياتنا فى مجال السلامة
والصحة المهنية .

وقد كشفت التجارب والتطبيقات ، عبر مراحل العمل السابقة ، عن
ضرورة توحيد وترشيد مسار السلامة والصحة المهنية ، تلافيا للزدواج
وضمانا لتوفير الجهد والوقت والمال ولذا أصبح توحيد اجهزة السلامة
والصحة المهنية - فى هيئة عامة ، على مستوى الدولة - أمرا
واجبا .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها ، والآراء
التي ابدت بشأنها ، خلص المجلس الى نقطتين اساسيتين هما :
- تعدد الاجهزة والتشريعات المعنية بالسلامة والصحة المهنية بالدولة
بالاضافة الى أن قطاعات كبيرة وهامة مثل الزراعة لم يتضح دور
الاجهزة بشأن رعايتها ، ولم تصدر بعد التشريعات التى تكفل لها الأمن
والأمان ، وتحدد المسئوليات بشأنها .

- الخسارة الفادحة للثروة القومية ، نتيجة لعدم التزام المنشآت
بتنفيذ اشتراطات السلامة والصحة المهنية ، ونتيجة لتعدد الاجهزة
المعنية وازدواجها تشريعا وتنظيميا وتطبيقيا .

ومن ثم فقد انتهى المجلس الى عدة توصيات - روعى ان يكون
أغلبها قابلا للتنفيذ الفوري - ابرزها ما يأتى :

* تجميع اجهزة الدولة والجهات التى تعمل فى مجال السلامة
والصحة المهنية فى جهاز واحد ، يتولى بصفة خاصة رسم السياسة

الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥

الوقاية من الأمراض المعدية

تطور علوم الصحة والطب الوقائي

منذ أواخر القرن التاسع عشر تطور طب الأمراض المعدية ، فبدأ علم الصحة والطب الوقائي مع اكتشاف مسببات الأمراض (الميكروبات) والربط بين وبائية الأمراض وهذه المسببات وقد تم ذلك على النحو التالي :

اكتشفت مسببات الأمراض على يد باستير (١٨٢٢ - ١٨٩٥) ، وكوخ (١٨٤٢ - ١٩١٠) ثم اكتشفت المطهرات - التي استخدمت في الجراحة - على يد العالم ليستر وتلاها التعقيم كأجراء وقائي أساسي . وكان أول اكتشاف لبكتيريا الجذام في عام ١٨٧٤ ، والدرن في عام ١٨٨٢ ، ثم الكوليرا في عام ١٨٨٣ ، والطاعون ١٨٩٤ ، ثم اكتشاف الركتسيا والفيروسات عام ١٩٢٠ .

وكان تطور علوم الميكروبيولوجيا من أهم أنوات التشخيص التي عاونت التشخيص الاكلينيكي ، واكملت علوم الوبائيات صورة الأمراض المعدية ونسقت كل العلوم الطبية وربطتها علميا ، وقد شمل ذلك : نواحي التشخيص - الوقاية - المكافحة - إصحاح البيئة .

وبعد اكتشاف مسببات الأمراض جد حدثان أثرا ايجابيا على وبائية

العامة لهذا النشاط على مستوى الدولة ، مع التنسيق بين الأجهزة

والجهات المذكورة ، وتحديد دور كل منها ومتابعة أعمالها .

* انشاء بنك معلومات لتجميع كافة المعلومات الخاصة بالسلامة والصحة المهنية ، وبصفة خاصة البحوث والدراسات الأكاديمية والتطبيقية التي تقوم بها الجهات المعنية محليا ودوليا .

* دعم أجهزة السلامة والصحة المهنية الراهنة بالموارد المالية والبشرية ، وذلك عن طريق اتخاذ ما يكفل ذلك وبصفة خاصة :

- الالتزام بالرعاية الطبية للعاملين ، لتحديد نظم العلاج والكشف

الطبي الابتدائي والدوري .

- تخصيص أطباء للعمل في مجال طب الصناعات وأمراض المهنة ،

مع التوسع في ذلك .

- وضع أنظمة متقدمة لتأمين أماكن العمل والعاملين .

- التزام المنشآت التي يعمل لها أكثر من خمسين عاملا بإنشاء

أجهزة متخصصة بالسلامة والصحة المهنية ، وبشراء المعدات والأجهزة وغيرها اللازمة لهذا النشاط .

- عمل بطاقة صحية لكل عامل يحدد فيها - منذ بداية عمله -

حالته الصحية ، وما يسفر عنه الكشف الدوري الذي يجرى له لمعرفة المرض المهني ، اذا ما تعرض له مستقبلا .

- اجراء دراسة لتحديد الأمراض المهنية المختلفة ، على ضوء

المتعارف عليه دوليا وما يتوافق والبيئة المصرية ، وذلك بالنسبة لمختلف

الصناعات ولقطاع الزراعة ، بهدف بيان أوجه الوقاية من هذه

الأمراض .

- تشكيل لجنة لتوحيد تشريعات السلامة والصحة المهنية في

المجالات المتشابهة ، بهدف تبسيط هذه التشريعات ، وتحديد دور كل

جهة ، ووضع الحلول المناسبة لما أسفر عنه تطبيق هذه التشريعات من

سلبيات .

هذه الامراض ، وبالتالي على الاجراءات الوقائية ، بل وامتد أثرهما
للاجراءات الدوائية وهذان الحدثان هما :

١ - اكتشاف المبيدات : بصورتها الحالية وسميتها المنخفضة
للإنسان ، وكان أول استخدام لمادة د . د . ت في عام ١٩٤٠ ، في
أوائل الحرب العالمية الثانية .

وقد خفض استخدام هذه المادة الاصابات بالامراض المعدية ، بعد
أن كانت مكافحة ناقلات الامراض تكلف الكثير من الجهد والوقت
لتحقيق أثر ملموس في هذا المجال . غير أنه يخشى بالاسراف
والاستمرار في استخدام هذه المبيدات الحديثة - سواء في الزراعة أو
الحياة العادية - تجاوز أقصى حد لاستخدامها والوصول بها الى
خطر تلوث البيئة .

٢ - اكتشاف المضادات الحيوية والعلاج الكيماوي : وقد اكتشف
فلمنج أول مركب منها في شكل خام غير نقي ، فيما بين عامي ١٩٢٨ -
١٩٢٩ وفي عام ١٩٣٩ تمكن فلوري من استخلاص المركب النقي الذي
تم تداوله بعد ذلك .

ومع وضوح فائدة المضادات وتطورها ، تولدت - بسبب ما لكل كائن
حي من طبيعة حفظ النوع والبقاء - المقاومة لهذه المضادات فأصبح
بعضها ذا فاعلية محدودة بعد الافراط في استخدامها .

وقد كان لهذين الحدثين الفضل في تغيير خريطة الامراض المعدية
الكورنتينية في العالم .

وباستعراض وبائية الامراض المعدية عموما يتضح ان الامراض
البكتيرية قد تقلصت ، بعد أن أمكن السيطرة عليها ، غير أنه حل محلها
في الخطورة ، الامراض الفيروسية التي زاد انتشارها ، واتخذ بعضها
شكلا وبائيا لا تؤثر فيه المضادات الحيوية على مسبباتها .

تطور الانظمة الصحية الوقائية في مصر : لم يكن في مصر
أجهزة وقائية نظامية حتى انشئت مصلحة الصحة العمومية في عام
١٨٨٦ ثم انشئت في عام ١٩٣٦ وزارة الصحة العمومية التي كانت

٢٢٠

تتكون من قسمين :

القسم الاول

ويشمل :

× المستشفيات (الرمد والعمى) والمعامل .

× مقاومة الأوبئة .

× الصحة العامة : الامراض المتوطنة ، رعاية الطفولة ، مقاومة

الحشرات والحيوانات الضارة ، مراقبة الأغذية ، المنازل غير الصحية
والمحلات المقلقة للراحة والمضرة بالصحة والخطرة .

القسم الثاني

ويشمل :

× المرافق القروية وبالأخص توفير مياه الشرب وتنظيم القرية .

× تنظيم مصر « القاهرة »

× البلديات .

× المجارى .

ويعتمد نظام الصحة الوقائية حاليا على خدمات وقائية تؤدي على
مستوى القرية بواسطة الوحدات بالقطاع الريفي ، جنبا الى جنب مع
الخدمات العلاجية بذات الوحدة .

أما في الحضر فتؤدي الخدمات الوقائية بواسطة وحدات تخصصية
لكل فرع من فروع هذه الخدمات ، فضلا عن الوحدات الصحية الوقائية
التخصصية الأخرى التي تخدم الحضر والريف معا ، مثل : مستشفيات
الحميات ، وحدات ومصحات مكافحة الجذام ، وحدات الكلب ، وحدات
ومستوصفات الامراض الصدرية ، وحدات القومسيون الطبي .

الامراض المعدية في مصر

تغيرت في مصر صورة الامراض المعدية وببائيتها وطرق انتشارها
بفضل تطوير الخدمات الوقائية عن طريق انشاء العديد من الوحدات
الصحية التي تقوم بالخدمات الوقائية بالريف والحضر ، وكذلك بما
استحدثت عالميا من اساليب وطرق مكافحة الأوبئة وتقدم علوم الصحة

والطب الوقائي ، كما شاركت البيئة ايضا فى تقلص بعض هذه الأمراض واستئصال بعضها الآخر محليا وعالميا . وفيما يلى توضيح ذلك بالنسبة لمجموعات الأمراض المختلفة :

أولا : الأمراض الكورنتينية :

الحمى الراجعة : تم استئصالها فى عام ١٩٤٨ .

التيفوس : تم استئصاله فى عام ١٩٦٣ .

الطاعون : اصبح من السهل القضاء عليه عند اكتشاف الحالات

الأولى للمرض .

الجدري : اتخذت اجراءات وقائية حتى تم استئصاله تماما ، ومنذ ١٩٥٩/٧/٥ لم تظهر اصابات جدري بمصر فكانت من بين الدول الأولى التى استأصلت مرض الجدري ، بعد أن كانت الاصابات به تظهر فيها سنويا وبمعدل يكاد يكون ثابتا منذ عهد الفراعنة ، اذ لاحظ كل من «روثر» و« فرجسون » وجود طفح يشبه تماما طفح الجدري على جلد بعض المومياء المصرية التى يرجع تاريخها الى عام ١٢٠٠ قبل الميلاد (مومياء رمسيس الخامس) ، كما وجدت مخطوطات كثيرة لعدة اطباء فرنسيين تثبت انتشار الجدري فى عهد الحملة الفرنسية . وقد كلوت بك وفيات الجدري فى مصر بعشرين ألف سنويا لكل مليون نسمة من السكان وذلك قبل اتباع طريقة التطعيم .

وقد بلغت وفيات الجدري بالقطر المصرى :

٢٠٧٥ حالة وفاة فيما بين ١٨٨٦ – ١٨٩٠ م

١٥٧٢ حالة وفاة ما بين ١٨٩١ – ١٨٩٥ م

٣٤٣٦ حالة وفاة ما بين ١٨٩٦ – ١٩٠٠ م

× الحمى الصفراء : لم تظهر بمصر من قبل ، ولكنها تعتبر دولة مستقلة ويتم تنفيذ الاجراءات الوقائية الدولية بها بالنسبة للقادمين ولوسائل النقل القادمة من مناطق التوطن .

ثانيا : مجموعة الامراض التى تتخذ شكلا متوطنا أو وبائيا محدودا

البلهارسيا : وهى أهم مرض متوطن بمصر ويمثل المشكلة الاولى فيها وستفرد له دراسة خاصة .

× الالتهاب الكبدى الفيروسى : ويتخذ شكلا وبائيا ، ونظرا لأهمية هذا المرض واتخاذه شكلا وبائيا متوطنا سيفرد له دراسة خاصة نظرا للتطورات التى استجدت فى تشخيصه والتحصين ضده .

× الالتهاب السحائى الوبائى : يظهر فى شكل أوبئة محدودة فى المجموعات المعرضة له ، على هيئة دورات كل خمس سنوات انتهت آخرها فى العام الماضى . وهو ايضا من الامراض المعدية التى اتخذت شكلا متوطنا .

شلل الاطفال : ويتخذ شكلا وبائيا متغيرا ويتأثر تأثيرا مباشرا بحالة البيئة ونظرا لخطورة هذا المرض فقد الحققت بهذه الدراسة احصائية عن تطوره فى المدة من عام ١٩٧١ الى ١٩٨١ .

التيتانوس : يصيب جميع الاعمار ، وخصوصا الاطفال والمواليد . الحصبة : انخفضت حالتها الوبائية بعد اكمال التحصين الواقى منها .

الدفتريا : مازالت هناك حالات فردية منها ، لذلك يجب الاهتمام بالتحصين الواقى من هذا المرض ، خاصة الجرعات المنشطة .

ثالثا : امراض جديدة وفدت الى مصر .

حمى الرفت فالى : وفدت الى مصر عام ١٩٧٧ وسببت ١٨ ألف حالة ، توفى منها ٥٩٦ ، وانتهت فى خلال عامى ٧٨ / ١٩٧٩ ، وظهرت بعد ذلك كحالات فردية وقد عقدت دورتان لمؤتمر عالمى لبحثها عامى ٧٨ ، ١٩٧٩ ، ونظرا لظهورها لأول مرة فقد شخصت اكلينيكيًا حمى شبيهه بالدنج حتى امكن تشخيصها معمليا .

الليشمانيا الاحشائية فى الاطفال : اكتشفت بعض الحالات بمنطقة العجمى غربى الاسكندرية بلغت ٢٢ حالة منها : ٢٠ حالة فى عام ١٩٨٣ وحالتان فى عام ١٩٨٤ وذلك بين الاطفال حتى سن الثالثة من العمر وقد

وجدت لأول مرة فصيلة جديدة من حشرة ذبابة الرمل (لم يسبق تسجيلها بمصر) بخلاف الفصيلة الناقلة لمرض ليشمانيا الجلد الموطنة ببعض مناطق الجمهورية ويرجح ان تكون الفصيلة الجديدة فى الناقلة لليشمانيا الاحشائية .

وتجرى الآن دراسات مشتركة بين وزارة الصحة وجامعة عين شمس لمنطقة الساحل الشمالى غربى الاسكندرية ، مع دراسات اخرى متعمقة لتحديد وبائية المرض والحشرة الناقلة والطفيل .

العوامل والسلبيات المؤثرة على الامراض المعدية فى مصر :

× اكتشاف أمراض فيروسية جديدة فى مصر اتخذ بعضها شكلا وبائيا مثل :

حمى الرفت فالى ١٩٧٧ ، فى الوقت الذى تقلصت فيه نسبيا بعض الامراض البكتيرية .

× قصور العلم فى اكتشاف علاج ناجح للفيروسات .

× زيادة الكثافة السكانية التى أدت لزيادة تحمل عمليات المياه والصرف وخصوصا فى المدن الكبيرة ، مما خفض نسبيا من التحسن الذى تحقق فى مجال صحة البيئة .

× ارتفاع كثافة بعض الناقلات واهمها (البعوض) بسبب زيادة تحمل عمليات الصرف ولقصور وسائل مكافحة هذه الناقلات .

× ارتفاع كثافة القوارض فى السنوات الاخيرة .

× امتداد التجمعات السكانية بسبب زيادة كثافة السكان الى داخل المناطق الصحراوية ، وتحريك بؤر الحيوانات البرية الخازنة لأمراض لم يسبق دخولها هذه المناطق ، مع العلم بان الاتجاه الجديد للتجمعات الجديدة هو المخرج الحالى من أزمة السكان والاسكان فى مصر .

× تطور وسائل السفر بالطائرات واحتمالات نقلها للناقلات والمرضى فى خلال فترة الحضانة لأمراض فيروسية لها وبائية عالية .

× استيراد الحيوانات حية ومذبوحة مع ما قد تحمله من فيروسات

٢٢٢

وأأمراض .

ويمكن عن طريق التنبؤ بنتيجة تفاعل هذه العوامل وتلك السلبيات وضع استراتيجية عامة لمكافحة الامراض المعدية فى مصر حتى عام ٢٠٠٠ .

دور المنظمات الصحية العالمية :

ساهم المجتمع الدولى فى انشاء التنظيمات الصحية لدفع الخطر الداهم للأوبئة ووقف تحركها من قارة الى أخرى ومن دولة الى أخرى ، فقامت مكاتب الحجر الصحى لعصبة الامم - قبل الحرب العالمية الاخيرة - بالمعونة فى وقاية الدول الاعضاء من الأمراض الكورنتينية بالاسلوب المتاح حينئذ وهو التبليغ والعزل .

وبعد انتهاء الحرب العالمية الثانية انشئت منظمة الصحة العالمية ، وهى منظمة من منظمات الامم المتحدة تهدف الى تجميع جهود الحكومات فى وكالة واحدة تستمر فى القيام بنفس الرسالة التى كانت تقوم بها مكاتب الحجر الصحى لعصبة الامم ، وكان اعلان انشائها فى اجتماع الأمم المتحدة بسان فرانسيسكو فى عام ١٩٤٥ وعقدت أول اجتماع لها فى عام ١٩٤٦ ، بعضوية ٦١ دولة والمنظمة تنظم داخلى تمارس بواسطته خدمة الدول التى تشترك فى عضويتها من خلال : المدير العام ، المجلس التنفيذي ، المكاتب الاقليمية ، اللجان الطبية ، الخبراء ، المعونة بالمواد .

ويتجاوز اختصاصات هذه المنظمة ما سبقها من منظمات بتناولها لبرامج مكافحة : الملاريا ، الدرن ، الامراض التناسلية ، الامراض المعدية ، صحة الأم والطفل ، الصحة العقلية ، الصحة الاجتماعية ، الصحة المهنية ، التعليم والتدريب الفنى المتخصص ، التوعية الصحية للجماهير .

التوقع الوبائى فى مصر حتى عام ٢٠٠٠

من دراسة وتحليل اسلوب وتطور وبائية الأمراض المعدية ، وخاصة

والخدمات الصحية (علاجية وقائية) في مصر خلال الاعوام ١٩٥٠ - ١٩٨٥ ومدى تدرج هذه الخدمات في الانتشار وتحسين الاداء .

وبين الجدول التالي :

توزيع اطباء العاملين بوزارة الصحة (محافظات)

(١٩٨٤ - ١٩٨٥)

| نوع العمل | العدد |
|-------------------------|-------|
| طبيب علاجى | ٣٧٨٣ |
| طبيب وقائى | ١٢٨٥ |
| طبيب علاجى صحة مدرسية | ٢٤٢ |
| طبيب قروى وامراض متوطنة | ٣٨٦١ |
| طبيب ادارى | ٢٥٥ |
| طبيب اعمال اخرى | ٨٨ |

ويتبين من هذه الجداول ما يأتى :

- ان الخدمات الصحية ، الوقائية والعلاجية التى تقدمها وزارة الصحة ، أخذت في الاطراء تمشيا مع التوسع العمرانى والزيادة السكانية .

- بلغ اجمالى ميزانية وزارة الصحة عن السنة المالية ١٩٨٤ / ١٩٨٥ مبلغ ٤٧٦.٧٤٢.٤٧٦.٧٤٢ جنيها ، بزيادة قدرها ٤١.٣٧٤.٣٤٥ جنيها عن السنة السابقة ، ويلاحظ ان جملة هذه الزيادة قد استوعبها البال الاول فقط مما يدل على أن الميزانية قد اصبحت ميزانية اجور اكثر منها ميزانية خدمات .

- تمثل ميزانية وزارة الصحة ٢.٤٧ ٪ من اجمالى ميزانية الدولة ، وبإضافة اجمالى ميزانيات الهيئات والاجهزة والمؤسسات التابعة للوزارة تصبح النسبة ٣.٦٢ ٪ من اجمالى ميزانية الدولة ، علما بأن الوضع

٢٢٣

الخطيرة منها في السنوات السابقة ، ومع الاخذ في الاعتبار العوامل المؤثرة في هذا المجال والتي من أهمها :

- موقع مصر الجغرافى بين دول افريقيا والدول العربية .
- كون الانتقال السريع اصبحت سمة العصر ، سواء للأفراد أو الحيوانات وكذا لناقلات الأمراض النشطة .

وعلى ضوء ما ظهر أخيرا من وجود يؤر توطن لأمراض خطيرة في بعض المناطق يمكن ان يكون التوقع الوبائى في مصر على النحو التالى :

- احتمال غزو لأحد الأمراض الفيروسية من مجموعة الحميات الفيروسية التى سجلت نشاطا في السنوات الأخيرة في دول افريقيا الوسطى وقد حدثت بعض أوبئة مؤخرا من هذه الأمراض في بعض الدول العربية (العراق) وورد أى من هذه الأمراض يمكن أن يأخذ شكلا وبائيا خطيرا .

- زيادة أو حدوث دورات لأمراض سبق توطنها كالالتهاب السحائى أو لأمراض حدثت مؤخرا مثل : حمى الرفت فالى ، أو لى أمراض أخرى :

بكتيرية ، فيروسية ، طفيلية .

- احتمال تسرب ناقلات الأمراض النشطة مثل :

• بعوض الجاميا بالنسبة للملاريا .

• ذبابة الرمل (فصيلة جديدة) المحصورة حاليا في بؤرة بالساحل الشمالى والتى يحتمل أن تكون مسببة لمرض اللشمانيا الاحشائية في الاطفال ولم يحدد مصدرها حتى الآن .

- استمرار الحالة الوبائية للأمراض (السائدة) الأخرى ، وأن كان هذا أمر يتوقف على نجاح اجراءات وخطط مكافحة .

مؤشرات اداء الخدمات الصحية في مصر

توضح الجداول الواردة على الصفحات التالية مدى تطور الانشطة

تطوير موازنة وزارة الصحة من عام ١٩٥٠ حتى عام ١٩٨٥/٨٤

| باب رابع | باب ثالث | | باب ثانى | | باب أول | | ميزانية وزارة الصحة | السنوات |
|----------|----------|------------|----------|------------|---------|-------------|---------------------|---------|
| | | | | | | | | |
| ٤٠٨,٠٠٠ | %/١٥ | ١,٠٩٨,٧٥٩ | %/٥١ | ٣,٥٩١,١٠٤ | %/٣٤ | ٢,٤١٥,٣٤٩ | ٧,١٥٠,٣١٢ | ١٩٥٠ |
| | %/١٤ | ١,٢٩٧,٦٠٠ | %/٥٢ | ٤,٩٣٠,٠٠٠ | %/٣٤ | ٣,٠٢٠,٥٠٠ | ٨,٩٤٨,١٠٠ | ١٩٥٥ |
| | %/١١ | ٢,٥٠٠,٠٠٠ | %/٣١ | ٩,٦٣٤,٠٠٠ | %/٥٧ | ١٧,٧٦٦,٠٠٠ | ٣١,٣٠١,١٠٠ | ١٩٦٥ |
| | %/٣ | ١,٣٣٣,٠٠٠ | %/٣١ | ١٣,٠٤٤,٠٠٠ | %/٦٥ | ٢٧,٠٩٨,٠٠٠ | ٤١,٤٧٥,٠٠٠ | ١٩٧٠ |
| ٥٥٠,٠٠٠ | %/١٦ | ٢٩,٣٣٥,٠٠٠ | %/٢٤ | ٤٢,٢٩٦,٠٠٠ | %/٦٠ | ١٠٧,٥٠٢,٠٠٠ | ١٧٩,٣١٣,٠٠٠ | ١٩٨٠ |
| | ١٢,٤ | ٤٤,٧٤٠,٠٠٠ | %/٣٣,٤ | ٧٧,٩٣٩,٣٩٨ | %/٦٣,٠ | ٢٠٩,٨٧٣,٠٠٠ | ٣٣٣,١٠٢,٣٩٨ | ٨٤ / ٨٣ |
| ٥٥٠,٠٠٠ | %/١١,٧٥ | ٤٤,٠٠٠,٠٠٠ | %/٣١,٧ | ٧٨,٩١٠,٧٣٣ | %/٦٧,٣ | ٢٥١,٠١٦,٠٠٠ | ٣٧٤,٤٧٦,٧٤٣ | ٨٥ / ٨٤ |

بيان الاتفاق الحكومي في القطاع الصحي في جمهورية مصر العربية
١٩٨٥ - ١٩٨٤ / ١٩٥٠

| النسبة | ميزانية وزارة الصحة (ديوان عام ومحليات) | ميزانية الدولة بالمجتمعات | السنة |
|--------|--|------------------------------|-------|
| %٣,٧٠ | ٧,١٠٥,٣١٢ | ١٩١,٨٠٦,٠٥٥ | ١٩٥٠ |
| %٣,٧٥ | ٨,٩٤٨,١٠٠ | ٣٣٨,٢٠٠,٠٠٠ | ١٩٥٥ |
| %٥,٠٠ | ٣١,٣٠١,١٠٠ | ٦٢٥,٨١٤,٠٠٠ | ١٩٦٥ |
| %١,٥٩ | ٤١,٤٧٥,٠٠٠ | ٢,٦١٠,٢٠٠,٠٠٠ | ١٩٧٠ |
| %٤,٣٠ | ١٧٩,٣١٣,٠٠٠ | ٧,٧٨٧,٤٣٨,٤٠٠ | ١٩٨٠ |
| %٤,٤٩ | ٣٣٣,١٠٢,٣٩٨ | ١٣,٣٧٢,٣٦٥,٤٥٠ | ٨٤/٨٣ |
| %٤,٤٧ | ٣٧٤,٤٧٦,٧٤٣ | ١٥,١٧٩,٢٥٦,١٠٠ | ٨٥/٨٤ |

* خصص مبلغ كبير لتدعيم الخدمات الريفية في هذا العام

بيان نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة
١٩٨٥ - ١٩٨٤ / ٨٤ - ١٩٨٥

| نصيب الفرد بالجنيه | ميزانية وزارة الصحة (بالجنيه) | التعداد بالآلاف | السنوات |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------|---------|
| ٨.٩٦ | ٣٧٤.٤٨٣.٧٤٢ | ٤٧.٠٠٠ | ٨٥/٨٤ |
| ٧.٢٦ | ٧٦٦١.٣١١.١١١ | ٤٧٧٥٣ | ٨٤/٨٣ |
| ٤.٢٤ | ١٧٩.٣١٣.٠٠٠ | ٦٧٨١٣ | ٨١-٨٠ |
| ١.٢٦ | ٤١.٤٧٥.٠٠٠ | ٣٣.٢١ | ٨٠-٧٩ |
| ١.٠١ | ٣١.٢٠١.١٠٠ | ٢٨٧٥٨ | ٧٩-٧٨ |
| ٠.٣٤ | ٧.١٥٥.٣١٢ | ٢١٢٩٢ | ٧٨-٧٧ |

الامثل المفروض توافره لتقديم خدمه صحية مقبولة هو ٥ ٪ على الأقل من موازنة الدولة .

- يبلغ نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة فى السنة المالية ١٩٨٤ / ١٩٨٥ مبلغ ٧.٩٦ جنيها ، وبإضافة اجمالى ميزانيات الهيئات والجهزة والمؤسسات التابعة للوزارة يصبح نصيب الفرد ١١.٦٩ جنيها ، مقابل ٣٤ قرشا عام ١٩٥٠ ، ويلاحظ أن معظم الزيادة انما هى زيادة صورية نظرا للتضخم الذى طرأ على الاسعار .

- فى بداية ٨٤ / ٨٥ يمثل الباب الاول ٦٧.٣ ٪ من اجمالى ميزانية وزارة الصحة مقابل ٣٤ ٪ عام ١٩٥٠ ، ويرجع السبب فى ذلك الى الزيادة المطردة فى اعداد العاملين فضلا عن الزيادة فى الأجور والمرتبات ، بسبب تطبيق قوانين تصحيح وتحسين أوضاع العاملين ، وبذلك اصبح الباب الاول (الأجور) يبتلع ما يزيد على ثلثى الميزانية الحالية .

- كان النصيب الاكبر من ميزانية وزارة الصحة فى الخمسينات يخص الباب الثانى حيث ان هذا الباب يمثل المنصرف على الخدمات الجارية مثل : الدواء والغذاء وصيانة التجهيزات . وقد بلغت نسبة الباب الثانى من الميزانية ٥١ ٪ عام ١٩٥٠ مقابل ٢١.٧ ٪ عام ٨٤ / ٨٥ وهذا يعنى تخلفا فى الخدمة الصحية ومتطلبات الدواء فى الميزانية الجديدة (١٩٨٤ / ١٩٨٥) ، مما يتسبب فى شكوى المرضى المستمره من العجز فى الأدوية وتخلف الخدمة .

- يمثل الباب الثالث حوالى ١٢ ٪ من اجمالى ميزانية ٨٤ / ٨٥ ، مما يدل على ان الاستثمارات التى يتضمنها هذا الباب مازالت بعيدة عن المطلوب توفيره لدفع عجلة الانشاء والتجهيز بما يتفق مع الزيادة السكانية فى مصر .

- ان عدد الاطباء العاملين بالقطاع العلاجى يزيد على عدد الاطباء الذين يعملون فى القطاع الوقائى ، وهذا متوقع لما يدره العمل فى

القطاع العلاجى من دخول مرتفعة ، وهو امر يستوجب النظر فى وضع حوافز مجزية للعاملين فى القطاع الوقائى لتشجيع العمل به .

الوقاية من الامراض المعدية

أسس البرامج والخدمات الوقائية

ان الخدمة الصحية فى اطارها الصحيح ، انما هى نوع من الاستثمار موجه لصالح القوى البشرية ، ومن هنا تعتبر الوقاية من الاصابة بالامراض من أولى واجبات الدولة نحو المواطنين الذين عليهم الاستجابة ، بل والاسهام فى تنفيذة بل والاسهام فى تنفيذ ما تقدمه الدولة من برامج للوقاية فى هذا المجال ، والمشاركة الفعالة فيما تقتضيه التعليمات بعد التعرف على اهدافها وطرق تنفيذها ، وتذليل كل العقبات التى تعترض التنفيذ قدر استطاعتهم ، وذلك لتحقيق اهداف التنمية والعدالة الاجتماعية .

وتهدف البرامج والخدمات الوقائية الى أن يتمتع كل مواطن بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ، الامر الذى ينعكس بدوره على التنمية القومية اجتماعيا واقتصاديا .

ولتحقيق ذلك يجب أن تشمل البرامج والخدمات الوقائية الاسس الآتية :

أولا : خفض معدلات وفيات المواليد : وتأمين سلامة نمو الطفل نموا صحيحا :

تعتبر معدلات المرض والوفاة بين الاطفال الرضع فى مصر من أكبر مشكلاتها الصحية ، حيث تشير الاحصاءات العامة الى أن متوسط معدلات الوفاة بين الرضع حاليا ٧٤ لكل ألف مولود حى .

ولما كانت معدلات المواليد تبلغ فى السنة ٣٧ لكل الف من السكان فان عدد المواليد سنويا يقرب من مليون وستمائة الف مولود على أساس التعداد الاخير وبذلك يقرب اجمالى الوفيات من الرضع سنويا من ١٥٠ الف ، يمثل حوالى ٣٠ ٪ من اجمالى الوفيات الذى يبلغ لجميع الاعمار حوالى ٤٥٠ الف .

• القانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٤١ الخاص بتتبع الغش والتدليس للمواد الغذائية والقوانين المعدلة له .

• القانون رقم ١٣٢ لسنة ١٩٥٠ بشأن الألبان ومنتجاتها .

• القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٩ بشأن مراقبة الأغذية .

الصحة المهنية : وهى أمر حيوى وقومى لدعم الانتاج وتنمية الاقتصاد ، اذ تؤدى حوادث العمل والاصابات والامراض المهنية الى خسائر بشرية ومادية جسيمة فضلا عن الخسائر غير المباشرة وغير المحسوبة فى البيئة الخارجية من كائنات حية وطبيعية لتسرب فضلات الصناعة الغازية والصلبة والسائلة اليها .

وقد سبق ان عرض على المجلس القومى للخدمات والتنمية الاجتماعية تقريران : احدهما عن صحة البيئة والآخر عن الصحة المهنية وقد اتخذ بشأنهما عدة توصيات يؤدى قيام الجهات المسئولة بتنفيذها الى دعم الوقاية من الامراض المعدية وتحسين الحالة البيئية .

ثالثا : الوقاية من الامراض المعدية والمتوطنة :

تعتمد الوقاية من الامراض المعدية على قيام الاجهزة الوقائية باعداد خطة وقائية تتم على المستويين : المركزى من تخطيط وبحوث ومتابعة ، والتنفيذى ، وتعتمد هذه الخطة على :

- اكتشاف الحالات أو الحالة الاولى اكلينيكيًا ومعملًا مع الاهتمام بالتشخيص المعملى السريع ، الذى تطور اخيرا واصبح ضرورة وخاصة بالنسبة لسرعة تشخيص الامراض المعدية فى الظروف الميدانية باستخدام عبوات سهلة الاستعمال .

- اتخاذ الاجراءات الخاصة بعزل المريض ومراقبة المخالطين .

- التطعيم ان وجد ، وهو اجراء اساسى وهام وفى بعض الامراض يعتبر الوسيلة الوحيدة المتاحة ، وقد تم خلال السنوات الاخيرة تحقيق تقدم كبير فى هذا المجال .

- اكتشاف مصدر العدوى والتعامل معه .

أما الامراض المتوطنة وأهمها البلهارسيا - التى تبدأ الاصابة بها

ثانيا : تحسين الصحة البيئية والمهنية :

الصحة البيئية : لما كانت البيئة هى ما يحيط بالانسان من تربة وماء وهواء يؤثر فيها وتتأثر به ، لذلك لا يمكن فصل سلامة الحالة البيئية عن برامج مكافحة الامراض المعدية والوقاية منها

ومع أن ذلك يعنى اللجنة الخاصة بالبيئة الا ان هناك نقاطا هامة توجب العناية بالتأكد من سلامة الاجراءات الصحية الخاصة بها ، وهى :
- اعطاء مشروعات انتاج مياه الشرب اولوية خاصة حتى تعم المياه النقية جميع قرى الجمهورية .

- المراقبة المستمرة لمياه الشرب كما ونوعا والتأكد من سلامتها وخلوها من مسببات الامراض المعدية وما يستتبع ذلك من جدية المراقبة .

- اعطاء مشروعات تحسين الصرف الصحى أولوية خاصة .

- مراقبة المواد الغذائية سواء المستورد منها او المنتج محليا والتأكد من سلامتها وخلوها من مسببات الامراض المعدية حتى لا تكون وسيلة لانتشار العدوى .

- الحرص على عدم تلوث الهواء باعتباره احد مكونات البيئة وذلك عن طريق المعالجة الكيماوية لنواتج المصانع ووضع ضوابط تكفل تفادى عادم وسائل النقل ، علرة على الحسم فى تنفيذ قانون منع المدخنين فى أماكن التجمعات .

- أهمية تنفيذ أساليب جمع القمامة والتخلص منها فى مقلب خارج المدن حرصا على صحة البيئة ، حيث يترتب على الاهمال فى جمع القمامة والتراخى فى نقلها سرعة تكاثر ناقلات المرض من القوارض والذباب وهو أمر يترتب عليه انتشار الامراض المعدية .

- مراقبة اماكن تصنيع وتخزين وعرض وبيع المواد الغذائية والتأكد من استيفائها للاشتراطات الصحية .

- مراعاة تطبيق التشريعات الخاصة بمتداولى الاغذية للتأكد من سلامتها صحيا وخلوها من الميكروبات ، ومن أهمها :

فى السن المدرسى أو قبله بقليل وتصل الى ذروتها فيما بين ١٥ : ٢٠ سنة وتنهك صحة التلاميذ ، وتتسبب فى الاعمار المتقدمة فى مجموعة كبيرة من الامراض التى تقلل القدرة على العمل والحياة الهنية وتتسبب فى ضغط شديد على المنشآت العلاجية طلبا لعلاج ذى جدوى مؤقتة ، مما يجعل الطلب متكررا - فوسائل علاجها متوفرة ورخيصة وخاصة البلهارسيا البولية ، وتعطى بالغم ، ويكفى منها ثلاث جرعات للحصول على نسبة عالية جدا من انخفاض شدة الاصابة بل وعلى نسبة عالية من الشفاء الكامل ، مع آثار جانبية بسيطة ، فى حين مازالت تكاليف وسائل العلاج من البلهارسيا المعوية مرتفعة وان كانت متوفرة وسهلة التعااطى وذات فاعلية كبيرة ، ووسائل مكافحة القواقع المتبعة حاليا مرتفعة التكاليف وصعبة التطبيق على نطاق واسع ، فضلا عن أن مفعولها قصير الامد ونتائجها غير مستمرة مما يستلزم دوام استعمالها .

ومن الوسائل النظرية للوقاية من الامراض المتوطنة تنفيذ برامج التثقيف الصحى وجعل السلوكيات مانعة للتعرض والاصابة بهذه الامراض ، وهى وسائل لا تتمشى وحقيقة الحياة المعيشية اليومية ولا يترتب عليها عائد سريع وبوجه عام فان وسائل مكافحة الامراض المتوطنة متوفرة وفى حدود امكاناتنا المتاحة ، أما محاولة استئصال الامراض فهى مرتفعة التكاليف وتتطلب تداخلا بين العلاج واستئصال القواقع .

استراتيجية الوقاية من الامراض المعدية ومسبباتها :

ان نظرة مستقبلية الى الموقف الصحى للدولة تحتم تبنى استراتيجية جديدة بمفهوم يناسب انجاز اهداف طموحة لاستئصال أكبر عدد من الامراض وذلك بتطبيق الحديث من الاساليب فى التشخيص والمكافحة على ضوء توقعات الموقف الوبائى ومقتضياته وأن تراعى هذه الاستراتيجية ما يأتى :

- ان الهدف القومى هو تنمية المجتمع بواسطة المواطن السليم

والصحيح والقادر على الانتاج بكفاءة ، والهدف المباشر يكون بايجابية العمل على استئصال الامراض ما أمكن ، علاوة على تنفيذ برامج مكافحة .

- الافادة من التقدم السريع للعلوم الصحية والبيولوجية ودعم الجهاز الوقائى بإنشاء المؤسسات الصحية المتخصصة ورفع كفاءة المنشآت القائمة وملاحقة هذا التقدم فى تحديث أساليب العمل الوقائى والتعاون الوثيق مع المؤسسات العلمية والبحثية للدولة : كليات الطب - أجهزة أكاديمية البحوث .

- تحقيق أعلى عائد من خطط وبرامج الوقاية بالمشاركة والتعاون الفعال بين وزارة الصحة وأجهزتها التنفيذية وكذا بالمشاركة الشعبية والمجتمعية .

- أهمية وضع خطط صحية على المستوى القومى ، تساندها وتكملها خطط اخرى متخصصة لأجهزة الدولة المعنية والمتصلة بالبيئة للوصول للهدف المشترك .

- توفير الامكانات اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية وخططها .

وباستعراض العوامل التى اثرت على تنفيذ برامج الوقاية وعلى ضوء الحالة الوبائية الحاضرة والمتوقعة يجب ان تراعى الخطة الوقائية التى ستنفذ حتى عام ٢٠٠٠ الخطوط العريضة الآتية :

- تقسيم الخطة الى مراحل كل منها ٥ سنوات . مع تحديد اولويات التنفيذ لكل مرحلة .

- تحديث الوسائل والاجراءات الوقائية وأهمها : تدعيم الجهاز الوقائى بإنشاء مركز للامراض المعدية الخطيرة يتيح :

• التشخيص السريع وذلك بواسطة المعامل الخاصة للامراض شديدة الخطورة .

• بحث انتاج الطعوم الجديدة باستخدام الهندسة الوراثية .

• اجراء الدراسات والبحوث والمتابعة الوبائية والتدريب للعاملين فى

حقل الوقاية والوبائيات .

- توفير الكوادر ودعم التدريب الفنى التخصصى لضمان كفاءة تنفيذ الاعمال الوقائية وذلك على المستويين : المركزى والتنفيذى .
- ازالة المعوقات وعلاج السلبيات التى تؤثر على نتائج العمل الوقائى .

- ان تشمل السياسة الصحية خططا فرعية لاستئصال الامراض المعدية والمتوطنه طبقا لخطة زمنية .

- توثيق التعاون مع الوزارات والمحليات وتنسيق العمل بالنسبة لتحسين البيئة ، من اسكان الى امداد بالمياه والصرف الصحى والصرف والرى والصناعة ، بما يحقق أحسن النتائج فى مجال صحة البيئة ، وان تتسق خطط هذه الوزارات والاجهزة مع الخطة الوقائية .

الامكانيات اللازمة لتنفيذ الخطة :

أ - الامكانيات البشرية (القوى العاملة) :

تتضمن القوى العاملة فى الحقل الوقائى الاطباء والفئات المساعدة . وهناك اتجاه الى تناقص الاعتماد على الاطباء فى بعض اجزاء العالم ويقترن هذا الاتجاه بتعزيز مجموعات المساعدين والمعاونين الصحيين الذين تحدد مسؤولياتهم واختصاصاتهم ليكونوا مسئولين مسئولية مباشرة ، ويعزز هذا الاتجاه ان تكاليف التعليم الطبى للطالب تعادل تكاليف ٢٥ مساعدا صحيا ، علاوة على أن مدة تأهيلية تبلغ نصف مدة تأهيل الطبيب ، ويساعد على تنفيذ هذا الاتجاه الاستعانة بالعلميين (الكيماويين) والاطباء البيطريين للعمل بالمعامل الوقائية .

ولتنمية هذه القوى العاملة يجب ان تكون هناك خطة فى المجال الوقائى تتضمن مجموعة متماسكة من المقترحات العملية تكفل استخدام وتحسين أداء وتحفيز هؤلاء العاملين ، ويكون هدفها هو ضمان امداد المجال الوقائى بالقوى العاملة ذات التدريب الملائم لتقديم الخدمات التى ظهرت الحاجة اليها ويستدعى ذلك الاهتمام بما يلى :

١- التدريب : يجب أن تشمل خطة التدريب جميع العاملين بالحقل الوقائى وليس الاطباء فقط ، على ان يطبق نظام استمرارية التدريب

الدورى لغير الاطباء والتعليم الطبى المستمر للاطباء ، وعلى أن تكون فلسفة التدريب تعميق الوعى الوقائى مع التركيز على أهمية دور ربط الأنشطة الوقائية المختلفة بما يحقق عملا وقائيا متكامل ، وتوضيح مفهوم العمل الوقائى باعتباره أمانة ومسئولية للقائمين به .

٢- الأجور والحوافز : دخل الطبيب الوقائى غير مجز اذا ما قورن بدخل الطبيب العلاجى ، لذلك قل الاقبال على ممارسة الأعمال الوقائية بسبب تفضيل الاطباء للطب العلاج ، وهو أمر يستلزم مراجعة أجور الاطباء الذين يمارسون أعمالا وقائية وحفزهم حتى يمكن اغراؤهم بممارسة هذه الأعمال . وهذا القول ينطبق على باقى اجهزة القوى المساعدة العاملة فى هذا المجال .

٣ (المشاركة المجتمعية : حتى تنجح الخطة الوقائية يجب على المواطنين ان يشاركوا فى وضع الخطة وفى تنفيذها ، حتى تكون الخطة متكاملة وقابلة للتنفيذ دون عوائق أو صعاب ومن هنا يأتى دور الأجهزة التطوعية التى يمكن أن تكون الصلة بين الاجهزة الحكومية والمواطنين المنتفعين بالخدمة ، كما يمكن تكليف هذه الاجهزة ببعض الأعمال التنفيذية أو المساعدة فى البعض الآخر ، بعد توعية أفرادها توعية رشيدة بما هو مطلوب منها .

ومن بين هذه الاجهزة التطوعية يمكن الاستعانة بما هو قائم فعلا من مؤسسات مثل : سيدات الهلال الاحمر والاجهزة الشعبية وجمعيات أخرى قائمة فعلا ، أو الدعوة الى انشاء أجهزة جديدة لخدمة الحقل الوقائى .

ويقترح فى هذا المجال انشاء وتدعيم الجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الطفولة لتقوم بتوعية الامهات ببرامج تطعيمات الطفل ومدى أهميتها ومواعيد تنفيذها واذا ما انتشرت مثل هذه الجمعيات يمكن ان يسند اليها استدعاء الاطفال المطلوب تطعيمهم ، مع وضع النظم والضوابط اللازمة للتنفيذ .

٤ (الرائدة الصحية بالقرية (متطوعة) : يمكن فى الوحدات الصحية وعلى الاخص التى تخدم أكثر من قرية تدريب احدى بنات

الى تعذر تقديم الخدمات الوقائية ، كما لا يشجع المواطنين على زيارة هذه المنشآت .

لذلك يجب أن يكون المكان مناسباً لحجم العمل واستيعاب العاملين والمتفردين على الوحدة ، مع توفير سبل الراحة والانتظار لهم وتنظيم أماكن لتنفيذ عمليات البرامج المختلفة ، على أن يراعى كذلك حسن توزيع هذه الوحدات ومواقعها في أنحاء البلاد .
ولتحقيق ذلك يقترح :

× أن يخصص مكتب صحة لخدمة كل ٥٠ ألف نسمة مع تنميط العمالة اللازمة لخدمة هذا العدد من المواطنين ومراعاة استمرارية العناية بالمبنى والأثاث والمهمات . وجدير بالذكر ان هناك حالياً مكاتب صحة يخدم كل منها أكثر من ٢٠٠ ألف نسمة .

× توفير المهمات الطبية لتنفيذ عمليات البرامج الوقائية بصفة مستمرة ومنظمة ، وعلى الاخص الثلاثيات .

× أن يكون موقع الوحدة في مكان متميز يتوسط المنطقة التي تخدمها الوحدة ، بحيث يسهل الوصول اليه ، وهو أمر ييسر عمل الوحدة ويرغب المواطنين في التردد عليها .

الامكانيات التشريعية

تعد مصر من أول بلاد العالم التي أصدرت تشريعات تنص على ضرورة اتخاذ اجراءات للوقاية من الاصابة بالامراض المعدية ومكافحتها .

وينظم العمل الوقائي حالياً القانون رقم ١٣٧ الصادر عام ١٩٥٨ في شأن الاحتياطات الصحية للوقاية من الامراض المعدية . ويعتبر هذا القانون وثيقة تشريعية هامة ، لما احتواه من مادة علمية تشريعية صالحة لأزمان قادمة ، وذلك نظراً لمرونة ما يحتويه من مواد .

كما يوجد العديد من القرارات الوزارية والأوامر المكتبية المنظمة للعمل في هذا المجال .

· وبعد أن استقر حالياً نظام اللامركزية في مصر يلزم التأكيد على

القرية المقيمت بها كرائدة صحية للعمل خارج مركز الوحدة لتأدية الخدمات الوقائية بها ، على أن يكون لديها السجلات الخاصة بذلك ، وأن تخضع للمتابعة والتفتيش من طبيب الوحدة . وفي هذه الحالة تكون هذه الرائدة أقدر على التعرف على الأطفال الجدد ومتابعتهم ، كما تصبح محل ثقة المواطنين ، الأمر الذي يزيد من فاعلية التنفيذ وتحسين الأداء . وإذا ما أخذ بهذا النظام فإنه يمكن ان يكون نواة لنظام (المحطة الصحية) التي تتبع للوحدة الصحية والتي يقوم بزيارتها طبيب الوحدة في أيام محددة من الاسبوع يعلن عنها مسبقاً .

ب - الامكانيات المادية :

١) المنشآت الصحية المتخصصة :

على المستوى المركزي : يحتاج العمل الوقائي في الوقت الحالي الى انشاء مركز قومي لبحوث الامراض المتوطنة يضم :

× وحدة لتشخيص الفيروسات تقوم بالتشخيص المعمل ، خصوصاً في مجال الفيروسات .

× معامل للأمراض الخطيرة (علاوة على المعامل العادية) .

× وحدة لدراسات الامراض المنقولة من الحيوان واقسام لبحوث وانتاج الطعوم الحديثة بأسلوب الهندسة الوراثية .

والسولة في حاجة ماسة الى هذا المركز حيث ان تشخيص الفيروسات يحتاج الى خبرة خاصة وامكانيات متقدمة .

وسيحقق تنفيذ هذا المركز رفع المستوى الفني وإيجاد الخبرة العالية الحديثة ، كما سيعمل كمركز تدريب على مستوى متقدم على الاعمال الوقائية .

٢) المنشآت الصحية العامة :

يلاحظ ان مكاتب الصحة وهي الوحدات الاساسية التي تقوم بأعمال الوقاية والمكافحة تشغل مباني لا تتناسب مع هذا العمل الضخم في حجمه سواء من حيث السعة أو التنظيم أو الموقع بجانب نقص في المهمات اللازمة لحسن سير العمل ، مما يؤثر على كفاءة الأداء ويؤدي

مركزية العمل الوقائي حيث لا يمكن تجزئته جغرافيا حسب المحافظات ، فاذا ما ظهر وباء في محافظة ما فإن خطره يهدد الجمهورية كلها ولا يعترف بالحوادث أو الفواصل الوضعية وقد يحتاج الامر الى استصدار تشريع يؤكد هذه الحقيقة .

المعوقات التي تؤثر في تنفيذ خطط الوقاية :

ان التحدي الذي يفرضه تطبيق اساليب وخطط تنفيذ البرامج المعروفة بفاعليتها في مكافحة الامراض المعدية ، وخاصة في البلاد النامية ، يتعين مواجهته في ظل القيود والصعاب الآتية :
- عدم كفاية التزام اولياء الامور بتنفيذ البرنامج القومي لتحسين اطفالهم الرضع بالطعم الوقائية من الامراض المعدية .
- قصور فهم المجتمع للوقاية وعدم المشاركة الجادة في اجراءاتها .

- ضعف فاعلية الهيكل الاساسي للخدمات الوقائية .

- الحاجة الى ملاحقة التقدم العلمي والبحث في تطوير وسائل الوقاية والاستعانة بالامكانيات المستحدثة .

- الحاجة الى تطوير التعليم الطبي ورفع مستوى العاملين بالكوادر الوقائية عن طريق التعليم المستمر .

- القصور في المراقبة الوقائية وكفاءة الأداء .

- الافتقار الى القدرات اللازمة لتحديد المشكلات ويجاد انسب الحلول على كافة المستويات وفي الوقت الملائم .

وترتبنا على ذلك فان النجاح في تنفيذ خطة الوقاية في أى مجتمع يرتبط ويتأثر بما يصادفه من تحديات ، ويقدر النجاح في التغلب على هذه التحديات يكون نجاح هذه الخطة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وبعد التأكيد على ماسبق أن أوصى به المجلس في مجالس صحة البيئة والصحة المهنية - يوصى بما يلي :
* ضرورة وضع خريطة للاستقصاء الوبائي تعطى صورة واضحة

عن الشكل الوبائي واتجاهاته وذلك عن طريق أخذ عينات من مياه الشرب والاعذية وممن يتناولونها ومن أماكن التلوث وتحليل هذه العينات لمعرفة ما تحمله من امراض وبائية ، والى غير ذلك من وسائل على أن توضع على ضوء هذه الخريطة خطة الوقاية .

* وضع جدول زمني للقضاء على الامراض المعدية المنتشرة بمصر وذلك بتنفيذ خطة قومية لاستئصال هذه الامراض في خلال فترة زمنية محددة مع توفير كافة الامكانيات اللازمة لنجاح هذه الخطة اسوة بما اتبع في العديد من البلاد الاخرى .

وكمرحلة أولى تبدأ الخطة بالامراض المتوطنة ثم بالامراض المعدية الاخرى تتلوها مراحل تتفرغ فيها الاجهزة الوقائية من امراض العصر : امراض القلب - امراض الدورة الدموية - السرطان - الحوادث - التوتر العصبي وعلى أن ترتبط هذه الخطة وتتوازى مع الخطة العامة الخمسية الحالية للدولة وما يتلوها من خطط .

* ربط الانشطة الوقائية المختلفة بما يحقق تكامل البرامج الوقائية .
* تنسيق التعاون بين الوزارات المعنية بصحة البيئة (الاسكان - الري - صرف امداد بالمياه - الصناعة - الزراعة بالنسبة للحيوانات ومكافحة النواقل) بما يحقق رفع مستوى البيئة .

* تفرغ مكاتب الصحة للاعمال الوقائية الشاملة ومتابعة الحالة الصحية ، وأن يحال باقى ما تقوم به حاليا من اعمال الى جهات اخرى مع اعادة توزيع هذه المكاتب بحيث يخصص كل منها لخدمة خمسين ألف نسمة على الاكثر تمكينا للعاملين بها من تأدية واجباتهم على الوجه الاكمل .

* الأخذ باقتراح نظام الرائدة الصحية للقرية وتجريبه في بعض القرى ، على أن يعمم هذا النظام في حالة نجاحه في باقى القرى بالمحافظات ، ليكون نواة لنظام المحطة الصحية التي تتبع للوحدة الصحية والتي يقوم بزيارتها طبيب هذه الوحدة في أيام محددة من كل اسبوع ، يعلن عنها مسبقا .

* توفير واستكمال كوادر العاملين بالقطاع الوقائي على كافة المستويات من أطباء ومساعدين ومعاونين صحيين ، ووضع حوافز مجزية لهم بما يكفل تشجيع وإقبال الأطباء والفئات المساعدة على العمل في هذا القطاع .

* الاهتمام بالتدريب المتطور المستمر للقائمين بالخدمات الوقائية على جميع المستويات .

* تدعيم الأجهزة التطوعية القائمة ، وتشجيع تكوين أجهزة جديدة منها لخدمة الحقل الوقائي ، تقوم بالمساعدة في بعض المسائل التنفيذية ، وتحقيق الصلة بين الأجهزة الحكومية والمواطنين المنتفعين بالخدمة الوقائية .

* تطوير الاداء في هيئة المستحضرات الطبية واللقاحات - باعتبارها الجهاز الرئيسى المعاون للعاملين في حقل الوقاية - بما يكفل تنظيم الاستفادة من الامكانيات البشرية والمادية المتاحة بها وتدعيمها بتكنولوجيا حديثة مع تطعيمها بخبرة اجنبية من العاملين في هذا الميدان لانتاج الجديد من الامصال على أسس تجارية وعلمية سليمة .

* زيادة الاهتمام بالدراسات الوقائية بكليات الطب ، وتطوير الدراسة بالمعهد العالى للصحة العامة بالاسكندرية لنشر مفاهيم الوقاية بين العاملين في الحقل الصحى .

* انشاء مركز لبحوث الامراض المعدية الخطيرة بهدف تطوير وتحديث البحث العلمى في مجالات التشخيص المبكر والتشخيص المؤكد والتشخيص الميدانى على أن يتكون هذا المركز من وحدات وأقسام أهمها :

• وحدة الامراض المعدية الخطيرة .

• وحدة الامراض المنقولة من الحيوان .

• أقسام بحوث المناعة (بحوث الطعوم وتحضيرها) .

* انشاء هيئة - تمثل فيها كافة الجهات المشرفة على الغذاء - تتبع

وزارة الصحة على ان توحد التشريعات الخاصة بالأغذية ، وأن تنفذها هذه الهيئة توحيداً لجهة الاختصاص وتحديداً للمسئولية في هذا المجال ، وذلك الى أن يتم تنفيذ ما انتهت اليه توصيات المجلس في موضوع التغذية الصحية بشأن إنشاء مجلس أو جهاز للغذاء والتغذية الصحية يختص بالتخطيط والمتابعة والتنسيق فيما يتصل بتوفير الغذاء الصحى ، والتصنيع الغذائى وضوابط الجودة والرقابة على الأغذية .

* انشاء مجلس للاعلام الصحى ، يضم المتخصصين في هذا المجال ، ويقوم بتغذية وسائل الاعلام المختلفة بالبرامج الصحية التى تستهدف جعل سلوكيات المواطن مانعة للتعرض والاصابة بالامراض - ويكون مسئولاً عن التثقيف الصحى ، وتعميق الوعى الوقائى ، بما يحقق أعلى عائد من خطط وبرامج الوقاية بالتعاون الفعال بين وزارة الصحة واجهزتها التنفيذية ، وتنشيط المشاركة الشعبية في هذا الخصوص .

* تقييم التطعيمات الاولى للمواليد الجدد باستمرار ، وتحديث برامجها من حيث تعديل اعمار ومواعيد التطعيم وادخال تطعيمات جديدة في البرامج .

* ادخال تطعيمات جديدة بالنسبة لجميع الاعمار، للوقاية من الامراض ذات تكاليف العلاج الباهظة ومعدلات الاصابة العالية مثل : الحمى المخية الشوكية والالتهاب الكبدى الفيروسي ، مع اعطاء اولوية لهذه التطعيمات .

* ادخال أسلوب التشخيص الميدانى السريع الذى يعتمد على استخدام عبوات سريعة ميدانية تعطى نتائجها في الحال دون الرجوع الى المعامل المتخصصة ، الا للتأكد فقط ، وهو أسلوب مفيد في الوحدات الصحية في الريف فضلاً عن وحدات الامراض المعدية ، كما يتسنى باستخدام هذه الاسلوب اتخاذ الاجراءات الوقائية فوراً بما يكفل منع انتشار الامراض المعدية وسرعة علاجها .

توزيع وفيات شلل الأطفال حسب الأسابيع الولية
في الفترة من عام ١٩٧١ الى عام ١٩٨١

| السنوات | ١/٣ | ٨/٥ | ٦/٢١ | ٣١/٣١ | ٨١/-٢ | ١٨/٣٨ | ٥٦/٧٨ | ٦٨/١٤ | ٤٤/٤٤ | ٨٤/-٣ | ١٣/٣٣ | ٥٣/٧٣ | ٦٣/٥٥ | الحاصل |
|---------|-----|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| ١٧٩١ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٠ | ٠ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٠ | ٠ | ٠ | ٤ |
| ١٧٨٠ | ٠ | ١ | ٠ | ٠ | ١ | ٠ | ٣ | ٣ | ٣ | ٣ | ١ | ٣ | ٠ | ٤١ |
| ١٧٨٦ | ٢ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ١ | ٠ | ٣ | ٠ | ٠ | ١ | ٠ | ٨ |
| ١٧٩١ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢ |
| ٨٨٩١ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٢ |
| ٤٨٩١ | ١ | ١ | ٠ | ٠ | ٠ | ١ | ١ | ١ | ٣ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٧ |
| ١٧٨٥ | ٥ | ٠ | ١ | ٠ | ١ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٠ | ٠ | ٠ | ٢ | ٤ |
| ٣٨٩١ | ١ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ١ | ٠ | ٠ | ١ | ١ | ١ | ٧ |
| ٣٨٩١ | ١ | ١ | ٢ | ١ | ٠ | ٢ | ١ | ٠ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٠ | ٨١ |
| ٢٨٩١ | ١ | ٢ | ١ | ١ | ٠ | ٠ | ١ | ١ | ٣ | ٠ | ١ | ١ | ١ | ٨١ |
| ١٨٩١ | ١ | ٣ | ٢ | ٢ | ٢ | ١ | ١ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ١ | ١ | ٦٨ |

المصدر: إدارة الإحصاء بوزارة الصحة

الاصابة بالبكتريات المختلفة ما زالت مشكلة صحية فى مصر وفى غيرها من دول العالم .

وعلى ذلك عاد الرأى القديم الذى يعتمد على الوقاية من الامراض المعدية بواسطة التطعيم ، ليس فقط ضد الامراض الفيروسية ، ولكن ايضا ضد بعض الامراض البكتيرية ، خصوصا ما ينتج منها عن الاصابة بميكروبات بها سموم مثل : التيتانوس والدفتريا التى يوجد لها طعوم فعالة ومؤثرة ، بعكس الكثير من الامراض البكتيرية الاخرى التى لا يوجد لها حتى الان مثل هذه الطعوم .

ويقصد بتطعيم الانسان او غيره من الكائنات الحية تنشيط الاستجابة المناعية بجسمه ضد الميكروبات ، عل امل ان يؤدى ذلك إلى ظهور اجسام مضادة مناعية فى الدم او ظهور مناعة خلوية تقويه الاصابة بالمرض ، وقد تقل هذه المناعة بمرور الوقت ولكنها تظهر مرة اخرى اذا تعرض الانسان للعدوى بنفس الميكروب .

وبمراجعة الانجازات التى تمت فى مجال انتاج وتسويق الطعوم تبرز امور من اهمها :

- تكثيف البحوث فى مجالات المناعة ضد الامراض المعدية الشائعة فى العالم .

- الاهتمام البالغ بالابحاث والدراسات للوصول الى تحضير الطعوم بطرق اكثر اقتصادا مثل استخدام طريقة المخمرات فى انتاج الطعوم البكتيرية وطريقة الحامل الدقيق ، وكذلك انتاج طعوم من جزء من الفيروسات مثل طعم الانفلونزا أو محاولة تحضير بعض الطعوم بالطرق الكيماوية أو استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج بعض الطعوم كما حدث فى انتاج الطعم الواقى من الالتهاب الكبدى الفيروسى ب على خلية الخميرة والدخول فى مجال ترويض الميكروبات والفيروسات كما هو جار حاليا فى تحضير طعوم التيفود عن طريق الفم او طعم ساين للوقاية من شلل الاطفال عن طريق الفم .

استراتيجية الطعوم والامصال والمستحضرات الحيوية

من المعروف ان الوقاية خير من العلاج وتغنى عنه ، وقد تطورت وسائل الوقاية من استعمال طرق منع انتقال المرض من انسان أو حيوان إلى آخر بهدف منع انتشاره الى محاولة الوصول الى طرق استئصال أى مرض وفى هذا المجال تم التوصل الى نتائج مبهره فى ميدان الامراض الفيروسية والبكتيرية وفى غيرها من الامراض بواسطة طرق الوقاية وذلك باستعمال الطعوم والامصال الفعالة ضد هذه الامراض .

وقد استثمر كثير من العلماء فى خلال الأربعينات والخمسينات ، أن عصر التطعيمات لحماية الجنس البشرى من الامراض المعدية قد تراجع أو انتهى وذلك بعد اكتشاف واستعمال المضادات الحيوية على نطاق واسع ، مما بشر حينئذ بظهور عهد جديد فى الطب يمكن ان تتم فيه السيطرة على جميع الامراض المعدية بل واستئصالها وخصوصا البكتيرية منها ، بواسطة استعمال المضادات الحيوية . .

وبرغم ان عددا كبيرا من الامراض المعدية - وخصوصا تلك المنسببة عن المكورات الصيدلية - أمكن السيطرة عليها باستعمال المضادات الحيوية ، فقد اتضح ان آمال وافكار اولئك العلماء لم تكن مبنية على درجة كافية من الدقة ، لأن كثيرا من الامراض المعدية عن

أنواع الطعوم : تنقسم الطعوم الى عدة أنواع ، تشمل ما يأتي :

اولا : الطعوم البكتيرية وهي :

- طعوم بكتيرية محضرة من الميكروب المقتول بالفورمالين ، أو بطرق أخرى مثل الفينول أو الحرارة ، ومن أمثلتها طعوم : الكوليرا ، التيفود ، الطاعون ، السعال الديكي .

وكانت هذه الطعوم تحضر بزرع الميكروب على المستنبت الصلب الخاص بكل بكتيريا ثم حصده وقتله والتأكد من خلوها من الميكروبات الحية . وقد تطورت طريقة انتاج هذه الطعوم باستعمال طريقة المخمرات في انتاج كميات كبيرة في اقصر وقت وبأقل من عدد من الأيدي العاملة ، وتجري محاولات لتحضير بعض هذه الطعوم بصورة حية مروضة أو تحضير طعوم من البوكسينات الداخلية ولا زالت هذه المحاولات قيد البحث والدراسة .

- طعوم بكتيرية محضرة من الميكروب الحي المروض : واشهرها طعم البى سى جى والتطور الذي حدث في انتاج هذا الطعم هو انتاجه على هيئة جافة بدلا من السائلة لامكان نقله بسهولة وتخزينه مدة طويلة ، ومازالت تجرى دراسات عديدة على المثبتات لاعطاء الطعم مدة اطول في الحفظ والتخزين .

- طعوم بكتيرية محضرة من سم الميكروب ومن اشهرها توكسينات التيتانوس والذفتريا اللذين أديا الى استئصال هذين المرضين في كثير من بلاد العالم ، ويحضر هذان الطعمان في المعمل في زجاجات كبيرة بتحويل التوكسين الى توكسيد حتى يفقد كل قدراته على احداث المرض ، ولكنه يحتفظ بخواصه التي ينتج عنها اجسام مضادة مناعية للوقاية من المرض اذا حقن به الانسان ثم تطور الانتاج باضافة عوامل تعمل على امتصاص وتركيز التوكسيد حتى يمكن اعطاء كميات صغيرة لاتزيد على نصف سم ٣ تكفى لاعطاء المناعة المطلوبة ، وقد امكن اخيرا تطوير الانتاج بواسطة طريقة المخمرات التي تتيح سهولة التحكم في

الانتاج واجراء الاختبارات فضلا عن توفير الايدي العاملة والخامات المعاونة والزجاج والحضانات وغيرها من اجهزة المعامل ، كما ان استخدام طريقة المرشحات في التنقية والتركيز قد وفرت كميات كبيرة من الكيماويات التي كانت تستخدم في هذا المجال .

- طعوم بكتيرية محضرة من جزء من البكتريا : مثل طعوم التهاب السحائي الوبائي والالتهاب الرئوي والوقاية من أمراض السيلان التي دخلت حديثا الى ميدان الطعوم ، وهذه الطعوم الثلاثة تحضر بالطريقة الحديثة وهي طريقة المخمرات .

ثانيا : طعوم الوقاية من أمراض الريكتسيا :

وهي طعوم لا تعطى مناعة عالية ، ومنها :

- الطعم الواقي من مرض التيفوس الوبائي : ويحضر على صفار أجنة البيض الملقح ثم ينقى ويركز بواسطة الاثير ومفعوله ضعيف مما أدى الى استخدام الطعم الحي المروض من سلالة مدريد الذي له كفاءة ضد مرض التيفوس ، ومازالت الدراسات العديدة تجرى لتطوير هذا الطعم .

- الطعم الواقي من الحمى المجهولة : وهذا الطعم له تفاعلات شديدة مع ضعف فاعليته في الوقاية ، ولايستخدم الا في مجموعات صغيرة مثل « الأطباء والبيطريين والجزائريين » .

ثالثا : الطعوم الفيروسية : وهي نوعان :

- طعوم فيروسية مقتولة بالفورمالين : وهي طعم شلل الاطفال سولك ، طعم الانفلونزا ، طعم الرفت فالى ، طعم التهاب الكبدى الفيروسي طعم الحصبة ، طعم الكلب .

- الطعوم الفيروسية الحية المروضة : وهي طعم شلل الاطفال سابين ، طعم الحصبة الحي المروض ، طعم الغدة النكفية الحي المروض طعم الحصبة الالمانى الحي المروض ، طعم الحمى الصفراء المحضر من سلالة (D 17) طعم الرفت فالى الحي المروض ، طعم الانفلونزا الحي المروض .

رابعاً : طعوم للوقاية من الأمراض الطفيلية :

وخاصة الملاريا والبلهارسيا ، وانتاج هذه الطعوم مازال فى الطور الأول بسبب تكوين هذه الطفيليات المعقدة والحاجة الى معرفة الانتيجين اللازم لتحضير الطعم منه ، فضلا عن الحاجة لزرع الطفيليات لانتاج انتيجينات بكميات اقتصادية ، علاوة على الحاجة بعد انتاج الطعم الى وقت كاف للدراسة الميدانية والوبائية لاثبات مدى كفاءة الطعم فى الوقاية ومدة الوقاية .

خامساً : الطعوم المعوية عن طريق الفم : نظرا لان أكثر الطعوم المحضرة للوقاية من الامراض البكتيرية قليلة المفعول ، بل ان بعضها عديم المفعول مثل طعم الطاعون ، ونظرا لانتشار الامراض البكتيرية . وخاصة المعوية منها ، مثل : التيفود ، الباراتيفود ، باسيلات الدوسنتاريا بانواعها ، ميكروب الكوليرا ، مما يشكل عبئا كبيرا على اجهزة الصحة للوقاية من هذه الامراض ، فقد استمرت الدراسات والابحاث على هذه الطعوم للوصول الى طعوم حية مروضة تعطى عن طريق الفم .

وتحظى هذه الدراسات والتجارب باهتمام كثير من دول العالم وكثير من العلماء وقد أمكن تحضير بعض هذه الطعوم ، مثل طعم التيفود عن طريق الفم الذى ثبت نجاحه فى احدى الدراسات فى مصر .

ولازالت الدراسات المعملية والميدانية مستمرة على امل الوصول الى طعوم فعالة ليس لها تفاعلات جانبية ويمكن للانسان استعمالها دون خوف من اصابته بالمرض او تعريض المخالطين للعدوى ، بعد أن فتح التقدم العلمى - فى دراسة سبل احداث المرض والطريقة التى تتولد بها المناعة المعوية فى الانسان والحيوان - المجال لطرق جديدة فى انتاج هذه الطعوم ، ويمكن ان يساعد فى هذا الخصوص استخدام طرق الهندسة الوراثية الحديثة لانتاج الطعوم البكتيرية والفيروسية عن طريق الفم .

٢٣٨

استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج الطعوم :

يعتمد التطور فى علوم انتاج اللقاحات الفيروسية على التطورات السريعة فى تكنولوجيا العلوم الاساسية لبيولوجية الجزيئات ، وهناك اتجاهان اساسيان لهذا التطور هما :

- انتاج لقاحات الجزء ، وهى عبارة عن انتيجينات من مكونات الفيروسات (بروتينات او مشتقاتها) ومن مثال ذلك طعم الانفلونزا الجديد (تحت الدراسة) .

- احداث تحورات ثابتة فى جزيئات نوعية بالفيروسات لانتاج سلالات مستضعفة او مروضة يمكن استخدامها لانتاج طعوم فيروسية فعالة ولاينتج عنها أية اضرار أو تفاعلات جانبية ، ومثال ذلك طعم شلل الاطفال سابين عن طريق الفم ، وطعم الحصبة الحى المروض ، وطعم الغدة النكفية وطعم الحصبة الالمانى الحى المروض .

ويعتمد استخدام الهندسة الوراثية فى انتاج الطعوم الفيروسية اساسا على أن المادة الوراثية أو المركبات الجينية لكثير من الفيروسات هى الحمض النووى ، والذى اذا عومل باحد الخمائر سينتج عنه نسج لحمض الشفري النووى ، فاذا أدخل فى خلية بكتيرية قبل باسيل القولون نتج عنه تكاثر لهذا الحمض النووى للفيروس بكميات كافية ووفيرة ، ويمكن عن طريق علوم الهندسة الوراثية والكيمياء استخدام هذه الطريقة للحصول على كميات كبيرة من الطعوم الفيروسية ، غير ان هناك حتى الآن كثيرا من الصعوبات التى يمكن حلها بواسطة البحث والدراسة والتقدم فى علوم الهندسة الوراثية .

وقد امكن استعمال ميكروبات اخرى بدلا من باسيل القولون لانتاج انتيجينات الفيروسات وأهم ما حدث من تطور هو استخدام خلايا الخميرة فى انتاج طعم التهاب الكبدى الفيروسي ب وهو ما سيؤدى الى ثورة كبيرة فى العلوم الطبية ، والى خفض ثمنه وبالتالي الى انتشار استعماله وهذا الطعم المحضر على خلايا الخميرة موجود حاليا وفى

طور الدراسات النهائية والتقييم العلمى لاختبار سلامته وفعاليتة .

كما امكن تحضير طعم لطاعون الدواجن ، وفيروسات الانفلونزا ، وكذلك طعم الحمى القلاعية للحيوان بطريقة الهندسة الوراثية .

وقد ساهمت الهندسة الوراثية بالفعل فى احداث تطورات واسعة المدى فى انتاج اللقاحات بطريقة اقتصادية ، وتتقدم البحوث المكثفة فى هذا المجال بسرعة ، ومن المتوقع الحصول على انجازات كثيرة فى القريب ان شاء الله .

وتعتبر الطرق الكيماوية لتحضير اللقاحات فى غاية الأهمية ، وخاصة بالنسبة للفيروسات شديدة الخطورة التى لم يتم زرعها حتى الان بسهولة وكذلك لانتاج طعوم يعتبر انتاجها الآن صعبا باهظ التكاليف او لتلك الطعوم التى يوجد لها مستحضرات حاليا وثبت عدم فعاليتها .

ومما يجدر ذكره فى هذا المجال أن الدراسات والبحوث مستمرة لامكان انتاج العقاقير المضادة للفيروسات ومنه الانتروفيرون الذى يتم حاليا انتاجه بكميات كبيرة واقتصادية ، وذلك باستعمال علوم الهندسة الوراثية وسوف ييسر توافر الانتروفيرون علاج الكثير من الامراض الفيروسية ، بل انه من الجائز استعمالها مستقبلا فى علاج السرطان .

طعوم الامراض الطفيلية :

من خواص الطفيليات عموما تركيبها الانتجيتى المعقد والمتعدد النواحي مما يؤدي الى صعوبة انتاج طعوم الوقاية منها ، كما ساعد على ذلك تمكن هذه الطفيليات من ان تكون طرقا للتغلب على الاستجابة المناعية ، والتى تكون غالبا - اذا تكونت - نادرة المفعول الكامل ، مع ذلك فقد حققت الدراسات المعملية للتحصين ضد بعض الطفيليات الشائعة بعض النجاح ، وذلك باستعمال طفيليات مروضة او مشععة او منقولة من مستخلصات من هذه الطفيليات وقد اعطت الطعوم المحضرة من الطفيليات المروضة او المشععة نتائج افضل - فى الوقاية من العدوى بالطفيل - من استعمال الطعوم المحضرة من الطفيل المقتول واستعمال

مستخلصات الطفيل .

وقد امكن تحضير بعض الطعوم لوقاية الحيوان وخاصة من مرض الديدان الرئوية من اهم الامراض الطفيلية التى تصيب الانسان مثل مرض البلهارسيا ومرض الملاريا ، وقد امكن تحضير نوعين من الطعوم ما زال فى طور التجربة للوقاية من الملاريا .

وهناك احتمالات نظرية لتحضير طعم للانسان ضد ديدان الانكلستوما ومرض البلهارسيا على أساس استعمال السركاريا او اللارنا شبه الحية والامل ما زال معقودا على امكان التوصل الى انتاج الطعوم للوقاية من الامراض الطفيلية وخاصة تلك التى تصيب الانسان .

الامصال الوقائية والعلاجية : وتشمل ما يأتى :

× المصل الوقائى ١ والعلاجى من مرض التيتانوس .

× المصل الوقائى ١ والعلاجى من مرض الدفتريا .

× المصل العلاجى من عضه الثعبان .

× المصل العلاجى من لدغ العقرب .

× الجاما جلوبيين (من الانسان) العلاجى للتيتانوس .

× الجاما جلوبيولين (من الانسان) العلاجى للدفتريا .

الجاما جلوبيولين للوقاية او علاج بعض الامراض الفيروسية مثل

الحصبة الالمانى وشلل الاطفال .

وتحضر الامصال الاربعة الاولى فى الخيول او فى حيوانات أخرى مثل : البغال والعجول . أما باقى الامصال الأخرى فتحضر من الانسان .

ونظرا لشدة الحاجة الى هذه الامصال للوقاية والعلاج ، ونظرا لما يحتويه دم الخيول او الحيوانات الأخرى من مضاعفات اهمها مضاعفات الحساسية ، فان الاتجاه حاليا هو دراسة امكان انتاج هذه الامصال بواسطة طريقة الخلايا المهجنة .

وقد امكن استخدام طريقة الخلايا المهجنة فى انتاج الامصال

بدائل البلازما :

ان التطور السريع الذى حدث فى ميدان علوم نقل الدم ادى الى التقدم المذهل فى علوم الجراحة وخاصة علوم زرع الاعضاء ، وهناك دائما احتمال حدوث نقص فى كميات الدم المطلوبة وخاصة فى اوقات الازمات والحوادث التى تتطلب كميات كبيرة من الدم نظرا لعدم وجود العدد الكافى من متطوعى الدم ، وكذلك لعدم امكان تخزين الدم لأكثر من فترة زمنية تتراوح بين اسبوعين وثلاثة اسابيع .

ولهذه الاسباب كان الاهتمام الشديد بانتاج مشتقات الدم والبلازما

وبديلاتها ومن هذه البدائل :

المركبات الصناعية : مثل :

الكستران وهو محلول له فاعلية فى الحفاظ على حجم البلازما ، فضلا عن أنه مأمون الجانب اذا أعطى بكمية ١٥ سم^٣ لكل كيلو جرام من وزن الجسم .

الجيلاتين : من المواد البروتينية التى لاتتواجد فى الطبيعة وتحضر من البروتين والكولاجين بكميات متوازنة ، ويمكن اعطاء الجيلاتين للمريض مرات عدة دون حدوث آثار جانبية نظرا لطبيعة الانتيجينى فضلا عن انه لا يؤثر على عملية وقف النزف .

النشا : وهو من المحاليل الهامة جدا فى الحفاظ على حجم البلازما فى الدم وهناك اهتمام بالغ باحتمال استمرار تخزينه فى الانسجة لمدة طويلة .

مركبات بديلة لحمل الاوكسجين ، مثل :

مركبات الفلوروكاربون : وهناك دراسات تدل على أن هذه المادة تحل محل كرات الدم الحمراء فى حمل الاوكسجين الى انسجة جسم الانسان ، ويحتاج الامر الى بحوث تحدد احسن الانواع من هذه المادة فى حمل الاوكسجين دون حدوث اضرار او تفاعلات سمية من جراء ذلك .

المحاليل المعوضة مثل :

محاليل الملح ومحاليل الجلوكوز : وتسبب عند اعطائها للمريض

التشخيصية النوعية الا ان استخدام هذه الطريقة فى انتاج الامصال الوقائية او العلاجية لازال يعترضه بعض العقبات الخطيرة ومنها ان طاقة الخلايا بهامكونات الخلايا السرطانية مما قد يسبب حدوث سرطان فى الانسان اذا استخدمت هذه الامصال .

ولا زالت الدراسات مستمرة لإمكان إحلال الخلايا السرطانية بخلايا أخرى حميدة لاتحمل الجينات الوراثية السرطانية وبذلك يمكن تحضير الامصال الوقائية والعلاجية بكميات كبيرة وفى مكان محدود ، دون الحاجة الى الخيول التى تستخدم لهذا الغرض .

المستحضرات الحيوية (مشتقات الدم) .

وتعتبر حيوية فى الوقت الحالى لعلاج الانسان من كثير من الامراض وخاصة ان الاتجاه العالمى حاليا هو استعمال جزء من مكونات الدم المطلوب للعلاج وليس الدم ككل الا فى الحالات التى يتطلب فيها نقل الدم الكامل ، وعلى ذلك اصبح الاحتياج الى المشتقات يزداد يوما بعد يوم ومن هذه المشتقات :

الجلوبيولين المضادات للهيوفيليا (أ) : ويعطى لمرض الهيوفيليا .
الجلوبيولين المضاد للهيوفيليا (ب) : معاملة كريسماز ويعطى لمرضى الكريسماز (نقص المعامل التاسع) ويحتوى ايضا على ثلاثة عناصر أخرى لتجلط .

الفيبرينوجين : ويعطى لحالات النزف بسبب النقص الوراثى للفيبرينوجين ، او أثناء الولادة او بعدها كما يستخدم فى عمليات القلب المفتوح التى زادت مع زيادة جراحات القلب .

– الجاما جلوبيولين : وهو البروتين الذى يحتوى على الاجسام المضادة لكثير من الامراض البكتيرية ويعطى للوقاية والعلاج كثير من هذه الامراض ويحضر اكبر كمية منه للحقن فى العضل ، ونسبة بسيطة جدا تحضر للحقن فى الوريد .

– الالبومين : ويعطى لحالات الصدمات الجراحية والمصبية والحروق والفشل الكلوى والكبدى وغيرها .

زيادة مؤقتة فى كمية البلازما بدلا من تلك المفقودة اثناء عملية النزيف ، كما تزود المريض بالمياه والأملاح والطاقة اللازمة .

التوصيات

على ضوء ما سبق يوصى بالمجلس بما يلى :

* تعظيم الافادة من انتاج الهيئة المصرية العامة للمستحضرات الحيوية واللقاحات وذلك عن طريق :

– ان تكون مشروعات الخطة الخمسية للهيئة محددة الأهداف ، ودراسات تكلفتها دقيقة ، وعائدها الاقتصادى مضمون .

– الأخذ بأوضاع مالية وإدارية وتجارية تسمح بأن يكون انتاج الهيئة على أسس اقتصادية ، تكفل تغطية التكاليف وتسمح بالتطور المنشود بالسرعة المطلوبة .

– تعديل النمط الانتاجى للهيئة ، بحيث يكون ذا طابع صناعى أكثر منه معملى ، بما يؤدى الى تغطية الاحتياجات المحلية والتصديرية كما ونوعا ، ويحقق ذلك من خلال :

× رفع كفاية الانتاجية للعاملين بالهيئة .

× اكمال البنية الاساسية للمرافق بالهيئة ، وكذلك الهيكل التنظيمى العام لها ، بما يضمن توفير مستلزمات الانتاج والحفاظ على فاعلية التشغيل بتوفير حيوانات تجارب ملائمة ، وان تكون البحوث مرتبطة بعمليات الانتاج وتطويره .

– تصعيد كفاءة الانتاج المعملى من اللقاحات البكتيرية والفيروسية ، وعدم الاكتفاء بتعبئة بعض هذه اللقاحات ، وتكثيف القدرات العلمية للهيئة لتحقيق السيادة الرقابية على المنتجات البيولوجية بهدف تأمين جودتها وصلاحياتها . مع اماكن الافادة من الخبرات الأجنبية المتميزة فى هذه المجالات .

* تقديم الدعم الكامل والتمويل اللازم للاسراع بانشاء مركز الهندسة الوراثية – الذى قرر مجلس جامعة القاهرة انشاءه ، حيث انه الامل فى المستقبل – بحيث يكفل استيعاب التكنولوجيا فى مجالات

إنتاج وتحضير طعوم فعالة وأمصال وقائية وعلاجية بكميات وفيرة ويتكاليف زهيدة .

* تجميع الدراسات الخاصة بعلوم المناعة – والتي تجرى حاليا فى بعض اقسام كليات الطب وفى بعض المراكز والمعاهد العلمية – فى مركز متخصص فى هذه العلوم ، بهدف تحقيق المزيد من التعمق فى هذه الدراسات ، لحل مشكلات المناعة المتعلقة بالامراض البكتيرية والفطرية والطفيلية والفيروسية .

* اعطاء أولوية لتشجيع وتمويل الدراسات والأبحاث فى المجالات الآتية :

× علوم المخمرات والأجهزة المستعملة فى هذه العلوم ، وذلك لانتاج الطعوم البكتيرية .

× طرق الحامل الدقيقة التى تستخدم حاليا فى انتاج كميات كبيرة من الطعوم الفيروسية مثل : طعم شلل الاطفال سوك و طعم الكلب – على خلايا زرع الأنسجة ، مع تركيز الاهتمام بالعلوم الكيماوية الهادفة الى انتاج طعوم فيروسية بالطرق الكيماوية ، بجانب العناية بما يخص انتاج فاكسينات من الجزء الفعال فى الفيروس .

× ايجاد الوسيلة الفعالة لاعطاء المناعة وللوقاية من امراض الجهاز الهضمى المعدية مثل : التيفود والشيغيليا وباسيل القولون والكوليرا وفيروسات روتا واسهال الاطفال ، حيث تمثل هذه الأمراض عبئا قوميا وصحيا واقتصاديا .

* مسايرة التطور العالمى فى الأبحاث والدراسات المتعلقة بمشتقات الدم وبدائله ، وذلك عن طريق ارسال البعوث الى الخارج واستقدام الخبراء والعلماء فى هذا المجال ، بهدف زيادة انتاج المشتقات ذات الاهمية الحيوية المتزايدة فى وقت تتناقص فيه باستمرار الكميات اللازمة للبلاد من هذه المشتقات .

* جدية تعميم ذكر فصيلة كل مواطن ، بعد تحديدها بدقة ، فى بطاقته الشخصية او العائلية .

تطبيق نظام البطاقة الصحية

يقتزن نجاح العلاج الطبى للمواطن بتوافر سجل طبى يحتوى على المعلومات الخاصة بحالته الصحية طول مرحلة حياته منذ الميلاد حتى الوفاة وقد عثيت الدول المتقدمة بتوفير هذا السجل لمواطنيها شعورا منها بأن العنصر البشرى هو المحور الذى تتركز عليه فى تقديمها وازدهارها .

واذا كانت جمهورية مصر العربية قد وفرت لمواطنيها نوعيات كثيرة من العلاج ، الا أن تنظيم مهنة العلاج حتى الآن لم يحظ بالنظرة الشمولية الى تسمح باستغلال الخدمات العلاجية الاستخدام الامثل وترشيد استهلاك الدواء وتنظيم عملية فحوص المرضى بما يمنع تكرار الفحوص بلا داع ، وكذلك تنظيم وسائل التشخيص والعلاج لذلك فانه لابد من اتخاذ اجراءات جدية نحو البدء فى تطبيق نظام البطاقات الصحية للمواطنين .

التعريف بالبطاقة الصحية :

البطاقة الصحية هى السجل الطبى الذى يحتوى على المعلومات الخاصة بالحالة الصحية للمواطن ، موزعة على مراحل حياته ، ووسائل الوقاية التى تقدم له ، وكذلك طرق تشخيص وعلاج الحالات والاصابات

والحوادث التى يعرض لها ، منذ ولادته حتى وفاته .

أهمية البطاقة الصحية :

تعتبر البطاقة الصحية تعبيراً عن حق كل مواطن فى الرعاية الصحية ومسئولية الدولة ازاء ذلك ، مع وضع هذا الحق فى اطار تنظيمى يتوافق مع الخدمات الصحية المتاحة ، وتتعدد فوائد هذا النظام على النحو الآتى :

١ - بالنسبة للمواطن :

- تحدد له الطبيب الذى يتوجه له عند احتياجه لى خدمة طبية ، وفى الوقت نفسه لاتحد من حريته فى اللجوء الى الطبيب الخاص والمستشفى الخاص .

- تبين ما قدم له من رعاية طبية وقائية أو علاجية ، مما يساعد على التعرف على التاريخ المرضى للمواطن ، وتتبع حالته الصحية ، والتشخيص السليم متى اقتضى الامر ذلك .

- تستبعد تكرار بعض الاجراءات الطبية ، مثل الفحوص الطبية والمعملية ، أو الاشعة .

- تعد وثيقة للمريض اذا احتاج لها فى الاغراض القانونية .

ب - بالنسبة للطبيب :

تيسر سرعة تشخيص وعلاج المريض ، وذلك بالاطلاع على نتائج سابقة تردده .

- تمكن الطبيب من تحليل بيانات بعض البطاقات للاستفادة بها فى اكتشاف الامراض المنتشرة بين الأسر ، وذلك الى جانب الانتفاع بالبيانات فى مجال البحث العلمى .

- تعد وثيقة هامة فى بعض الحالات القانونية .

ج - على المستوى القومى .

- وسيلة فعالة لترشيد الخدمات الصحية وتوجيهها الى مستحقيها ، وعدم اهدارها او اساءة استعمالها .

- تزيد من الوعى الصحى لدى المواطنين ، مما ينعكس ايجابيا على

المستوى الصحى للفرد والمجتمع .

- تمكن من استخراج البيانات التى تكفل وفرة المعلومات اللازمة للمخطط الصحى ، لوضع الخطة الصحية فى الحاضر والمستقبل . وكذلك لرفع مستوى وكفاءة الخدمة فى جميع نواحيها .

- تنظيم علاج المرضى ، ومنع تكرار الكشف فى جهات متعددة ، مما يمنع اهدار وقت الأطباء ويوفر الكثير من الجهد والمال .

موجز للتجارب السابقة والحالية فى مجال تنفيذ البطاقة الصحية

تجربة الهيئة العامة للتأمين الصحى :

يطبق التأمين الصحى منذ عام ١٩٦٤ على شرائح وقطاعات منظمة اداريا ، طبقا لقوانين تحدد نسبة اشتراك المنتفع ونسبة اشتراك صاحب العمل .

ويبدأ التطبيق بالاتصال بشئون العاملين بالجهة الادارية الصادر لها قرار بالتطبيق وتسلم استمارات مجانية لعمل حصر العاملين بها ، صادرة من التأمين الصحى (نموذج ت . ص ١٠١) ويسجل بها بيانات جهة العمل وأرقام التأمينات الخاصة بها ، ثم يسجل العاملون : الاسم والنوع والوظيفة ، ثم محل الاقامة ، وتاريخ الميلاد ، والمرتب الشهرى ، وبيانات البطاقة الشخصية أو العائلية . ويحرر هذا النموذج من أصل وصورتين ، لاستخدامها فى الاماكن والعيادات التى سيقتردها عليها المنتفع .

البطاقة الصحية :

- بعد ورود البيانات السابقة ، تقوم إدارة الاحصاء - وهى المختصة باصدار بطاقة المنتفع الصحية - باعطاء الرقم الكودى لكل منتفع ، ثم اصدار (كرنيه) عليه صورة المنتفع وبياناته الواردة فى النموذج السابق الاشارة اليه . وهذا الكرنيه يمكن حمله مع البطاقة العائلية .

- يعمل للمنتفع فى نفس الوقت بطاقتان للتردد - والبطاقة هنا

عبارة عن كراسة مصممة طبقا لمتطلبات العرض الطبى - وتخصص واحدة لمرحلة الممارس العام ، والأخرى لمرحلة الاختصاصى ، حينما يكون كشف الممارس بعيدا عن مكان كشف الاختصاصى ، وإذا اتحد المكان (عيادة شاملة مثلا) فيكتفى ببطاقة واحدة .

وهذه البطاقة التى يحتفظ بها فى مكان العلاج لايسمح للمنتفع بتداولها حفاظا عليها من الضياع ، ومنعا من اضافة بيانات او تشخيصات أو توصيات ، بطريقة غير رسمية .

- يجرى كل فترة زمنية (٢ سنوات) تحديث البيانات ، ومراجعة حركة الدخول والخروج بالنسبة لجميع المنشآت والجهات الادارية المطبق عليها قوانين التأمين الصحى .

- خصص لمنتفع القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بطاقة بلون احمر ، وذلك لأن المنتفع يدفع ١ ٪ من الاجر الشهري ويدفع صاحب العمل ٣ ٪ ويعالج المنتفع دون دفع أى تكاليف فى مراحل العلاج المختلفة .

- خصص لمنتفع القانون ٣٢ لسنة ١٩٧٥ بطاقة بلون اصفر ، لأن المنتفع يشارك فى دفع تكاليف رمزية عن مراحل العلاج المختلفة ، اذ أن مايدفعه شهريا يبلغ نصف فى المائة من الاجر الشهري ، وتدفع له جهة العمل - وهى حكومية - واحدا ونصف فى المائة .

- يربط كل منتفع على ممارس وعلى عيادة شاملة وعلى مستشفى ، ويكون هذا الربط بناء على موافقة جهة العمل ، ولا يجوز للمنتفع تغيير هذه الجهات الا فى حالات الطوارئ ، فله ان يلجأ الى اى مستشفى بموجب كرنيه التأمين لتقدم له ما يطلبه من خدمات عاجلة .

وقد ساعدت البطاقة الصحية على :

- x تحديد أعداد المنتفعين بكل موقع يقدم الخدمة الطبية التأمينية .
- x تحديد جهة العلاج فى المراحل المختلفة لكل منتفع .
- x تغطية احتياجات المنتفع العلاجية ، مما قد يتعرض له من طوارئ فى أى مكان بالجمهورية .

x المساعدة فى اعمال المتابعة والاحصاء والرقابة على صرف

الدواء ، وحصر تكلفة كل عنصر من عناصر الخدمة .

× قصر تقديم الخدمة الصحية على المنتفع فقط (حامل البطاقة) .

تجارب وزارة الصحة

البطاقة الصحية في الريف :

– بدأت أولى تجارب وزارة الصحة في تطبيق البطاقة الصحية في

اوائل الخمسينات في مركز التدريب والتنظيم بقلبيوب ، وقد صممت

بطاقة صحية مبسطة عممت في الوحدات الصحية بريف المركز .

– وفي عام ١٩٥٥ بدأت تجربة أخرى ، أكثر دقة وشمولا ، في

مشروع شبرامنت لتحسين الصحة القروية . وقد صممت محفظة عائلية

تشمل حصرا لأفراد الأسرة وبيانات عنهم ، وسلمت المحافظة بطاقة

صحية لكل فرد من أفراد الأسرة ، وسلمت كل أسرة بطاقة يستطيع أي

فرد من أفرادها ، بموجبها ، استخراج بطاقته للعرض على الطبيب أو

الحصول على أي خدمة صحية – كما عمل إرشيف مبسط ، يمكن من

خلاله حفظ البطاقات والمحفظ ، مع سهولة استخراجها وإعادتها

لموقعها .

– وفي الستينيات ، وعلى ضوء الخبرات السابقة – تم تصميم

محفظة مماثلة ونماذج للبطاقة الصحية للأفراد ، لاستخدامها في

الخدمات الصحية بالريف وقامت الإدارة العامة لصحة الريف بتعميم هذه

المحفظة العائلية ، من خلال مديريات الصحة التي كانت تتولى طبع

المحافظ والبطاقات محليا .

وفي تجربة تمت بالجيزة ، قامت المحافظة بالتعاقد من خلال

مناقصة مع إحدى المطابع ، وتركزت لكل وحدة الانفاق على العدد اللازم

لها واستلامها من المطبعة وتميزت هذه التجربة بكتابة اسم الوحدة على

المحفظة ، وحريتها في اختيار اللون المناسب من الورق ، وتوافر

المحافظ والبطاقات في جميع الوحدات .

وامتدت التجربة حتى شملت ٤٠ ٪ من وحدات الريف على مستوى

الجمهورية . على أن صدور القرارات الخاصة بإنشاء صناديق تحسين

٢٤٤

الخدمة – بالوحدات التي يعتمد تمويلها على دفع رسم رمزي مقابل

الكشف بعياراتها – أدت إلى وجود تناقض بين مبدأ المحفظة والبطاقة

الصحية التي تفترض وجود تذكرة دائمة للمتعدد ، وبين النظام المالي

المطلوب للسيطرة على موارد الوحدة ، والذي أصر المختصون على أن

يتمثل في تذاكر عيادة خارجية مدموجة لكل زيارة ، ولم يقبلوا فكرة

الطابع أو الأختام التي توضع عند كل زيارة على البطاقة الصحية

الدائمة .

البطاقة الصحية الفردية في الحضر :

بدأت دراسة هذه الفكرة في سنة ١٩٧٣ ، وصممت لذلك بطاقة

صحية تعتمد على توفير البيانات الشخصية للمواطن ، ثم إدراج

صفحات للفحص الطبي الدوري الذي يتم كل ٣ شهور في السنة الأولى

من الفحص ، ثم كل ستة أشهر خلال السنتين التاليتين ، ثم سنويا حتى

سن المدرسة ، ثم في كل من الصف الأول والرابع من الحلقة الأولى

للتعليم الأساسي ، وفي السنة الأولى من الحلقة الثانية للتعليم

الأساسي ، والسنة الأولى الثانوية ، ثم في سن العشرين بعد انتهاء

مرحلة المراهقة ، ويشمل الفحص الأخير على مدى الصلاحية للزواج .

كما شملت البطاقة صفحات للتردد والتشخيص والفحوص والعلاج

مع بيانات تفصيلية عن الإصابات ، والتحصين ضد الأمراض ،

وفصيلة الدم .

وتمت تجربة هذه البطاقة في نطاق محدود للتحقق من السهولة في

الاستخدام ، ولم تتح الفرصة للتطبيق على نطاق واسع إلا في

الثمانينات ، حيث طبقت لأول مرة في المركز الصحي الحضري بحي

الكويت في بور سعيد .

المراكز الصحية الحضرية بالقاهرة :

أنشئ مركزان بكل من الزاوية الخراء والشرابية ، في حي شبرا

بالقاهرة ، بتمويل من مشروع السكان الثاني ، لخدمة هاتين المنطقتين

اللتين تتميزان بما يأتي :

× ارتفاع الكثافة السكانية .

× وجود مساكن شعبية مقامة حديثا نسبيا فيهما .

ودعى ان يخدم كل مركز حوالى ٦٠ الف نسمة ، وأن يقدم كل من المركزين خدمات رعاية صحية اساسية متكاملة وشاملة ، بأسلوب طبيب الأسرة ، مع تجربة نظام الزيارات المنزلية المنتظمة .

العقبات أثناء التنفيذ :

× عدم استقرار الأطباء فى المركز ، لايفادهم فى بعثات داخلية ، أو طليهم الانتقال الى ادارات أخرى وقد راعت الادارة باستمرار أن تفضل الحاق الأطباء الذين امضوا فترة التكليف ، أو من تخرجوا فى دفعات قديمة .

× عدم كفاية الأعداد الموجودة من هيئة التمريض لتغطية الخدمة والنوبتجات ، ونقص تدريبهن فى مجال التوليد .

× عدم ادراك جمهور المنتفعات لأهمية وجود بطاقتهن الصحية معهن ، حتى يمكن استخراج الكراسى الصحية الخاصة بكل منهن بسهولة ويسر .

× عدم وجود أعداد كافية من المرشدات الصحيات اللاتى تقمن بتنفيذ نظام الزيارات المنزلية الدورية المنتظمة .

ولما كانت التجربة ما زالت فى مرحلة الاختبار ، فانه لايمكن الحكم عليها حتى تتوافر كافة مقومات تنفيذها واستقرار الأطباء ، وتعزيز المركز بأعداد كافية من هيئة التمريض لتغطية الخدمة والنوبتجات ، ونشر الوعى الصحى بين المواطنين ، واختيار الأعداد الكافية من المرشدات الصحيات من سكان المنطقة ، لتنفيذ نظام الزيارات المنزلية الدورية المنتظمة .

مواصفات البطاقة الصحية والملف الطبى

عند تحديد مواصفات البطاقة الصحية ، فانه يجب أن يؤخذ فى الاعتبار ما يلى :

× ان توضح اهم ملامح التاريخ المرضى للشخص .

× ان تكون مجالا لمتابعة الحالة الصحية للفرد فى المستقبل .

× ان تكون ذات فائدة ملموسة بالنسبة للفرد أو للجهة الصحية .

× أن يسهل الرجوع اليها ، خصوصا فى حالات الطوارئ الصحية للفرد .

× ان يكون من السهل الاحتفاظ بها حاضرا ومستقبلا .

× ان تكون موحدة بالنسبة لجميع الأفراد والطوائف والفئات المستخدمة لها .

× ان يوضح بها الارتباط الصحى للفرد ، اى الجهة الصحية التى يرجع اليها الفرد فى طلب الخدمات الصحية والطبية .

× ان يوضع لها نظام يسهل معه أن تتبع الفرد عند تغير موقعه .

× ان تحمل رقما مميزا فريدا لا يتكرر مع البطاقات الاخرى ، وأن يكون معبرا عن الجهة الصحية القائمة بالخدمة ، أو الجهة الجغرافية التى ينتمى اليها الشخص .

ويمكن تحقيق كل ذلك عن طريق :

× بطاقة صحية شخصية يحملها الفرد .

× ملف صحى تفصيلى يحتفظ به فى جهة الرعاية الصحية الاساسية المرتبط بها الفرد ويؤدى كل منها وظيفته على النحو الآتى :

أولا : البطاقة الصحية الشخصية :

نظرا لأن هذه البطاقة هى الهوية الصحية للفرد ، ولأن الغرض أن يحملها الشخص بصفة مستمرة معه بالنسبة للأفراد البالغين على الأقل تحسبا لأى طوارئ صحية فمن المطلوب :

(١) أن يكون شكل هذه البطاقة :

- صغيرة الحجم نسبيا (لاتزيد بأى حال عن حجم البطاقة الشخصية / العائلية حتى يمكن حملها .

- أن تكون من مادة مقواة قابلة للحمل وغير سهلة التمزق .

- أن تكون غير قابلة للعبث ببياناتها .

- أن تكون قابلة للتغير فى المستقبل عند تغير بياناتها الاساسية .

- أن تكون موحدة الشكل والحجم فى جميع الاحوال .

(وفى الحالات المثالية - والتي يطمح أن تكون موضع التطبيق فى المستقبل : أن تكون هذه البطاقة من البلاستيك الممغنط ، بحيث تدرج بها البيانات مغناطيسيا وتكون قابلة للتعامل مع أجهزة الكمبيوتر) .

(٢) أن تكون محتويات هذه البطاقة :

- رقما كوديا فريدا خاصا بالبطاقة ، غير قابل للتكرار ، ويقترح فى هذا الشأن أن يكون نفس الرقم الكودى الذى يعطى للشخص .

- أن توضح اسم الشخص رباعيا وتاريخ ميلاده .

- أن توضح الجهة الصحية المرتبطة بها للرعاية الصحية الأساسية وكذلك جهة الرعاية الصحية الثانوية .

- أن يوضح بها البيانات الصحية الأساسية للشخص مثل :

× فصيلة الدم .

× الألدري والعقاقير التى تسبب حساسية لصاحب البطاقة والتى لايجب إعطاؤها له .

× العمليات الجراحية (الكبيرة أو الهامة) التى سبق أن أجريت لصاحب البطاقة .

× وجود امراض مزمنة ذات اهمية يعانى منها حامل البطاقة مثل : السكر ، ضغط الدم ، قابلية النزف ، الصرع ، امراض القلب ، وغيرها .

× سابقة التحصين ضد الامراض الهامة .

(٣) وفى حالة فقدان البطاقة ، يمكن استخراج أخرى جديدة بنفس المعلومات ، من الجهة الصحية التى سبق ان اصدرت البطاقة الأصلية أو الأولى التى تحتفظ ببيانات الشخص .

وفى حالة تغيير بعض البيانات الأساسية فى البطاقة أو اضافة بيانات جديدة (مثل اجراء عمليات كبيرة أو اكتشاف حساسيات معينة أو أمراض هامة جديدة) يمكن استخراج بطاقة تحمل هذه البيانات الجديدة .

ثانيا الملف الصحى :

- الملف الصحى دائما هو الأساسى ، وهو السجل الصحى

التفصيلى للفرد .

- ينشأ الملف ويحتفظ به فى جهة الرعاية الصحية الأساسية المرتبط بها الشخص ويسجل عليه جهة الرعاية الصحية الثانوية التى يجب تحويل الشخص اليها للرعاية الطبية عند الحاجة .

- أن يكون على شكل محفظة ورقية مقواه ، قابلة لاضافة أى مستندات صحية جديدة .

- ان يحمل رقما كوديا خاصا بالفرد يمكن الرجوع اليه فى أى وقت ، ويفضل أن يكون الرقم القومى الخاص بالفرد - ومن ثم يوضع الرقم نفسه على البطاقة الصحية .

- أن يوضع خارج الملف اسم الشخص رباعيا وتاريخ ميلاده ، وموطنه الاصلى .

- أن يكون من السهل الحصول على صور من بعض المستندات الصحية التى يتضمنها الملف ، عند الحاجة الى احالة الشخص الى جهة رعاية طبية أخرى .

- ان يسهل تتبع نظام الاحالة ، أو تغير جهة الرعاية الصحية الأساسية ، عند تغير الوضع الاجتماعى أو الجغرافى لصاحب الملف .

- ان تسجل به بيانات الكشف الصحى والطبى الشامل الذى يجرى على الشخص عند فتح الملف الصحى ، ويكون أساسا لمتابعة الحالة الصحية للفرد مستقبلا بحيث يشتمل على نتائج فحص جميع أجهزة الجسم .

- ان تثبت به الاستشارات الطبية ونتائجها الهامة .

- ان يحتفظ بالملف فى جهة الرعاية الصحية الأساسية ، ويطلع عليه الطبيب عند كل استشاره طبية ، ولا يسمح لفرد ان يحمله لضمان عدم ضياعه أو العبث به .

- ان يكون من الممكن احتفاظ المريض بصورة أخرى من الملف لاستخدامها عند الحاجة ، لقاء ثمن رمزى ، لاضافة أى بيانات اليه - بمعرفة طبيب خاص مثلا عند الضرورة - ويعاد تسجيلها بالملف الاصلى

الذى يبنى فى مكانه بجهة الرعاية الصحية الاساسية .

- باى البيانات الطبية التفصيلية التى يجب ان يتضمنها هذا الملف ، ويمكن دراستها ويحدثها عن طريق لجنة طبية صحيحة تشكل لهذا الغرض وتخر الشكل النهائى لهذا الملف .

- يجب أن يكون هذا الملف موحد الشكل فى جميع الجهات التى تتعامل به ، كما يجب ان يوضع نظام تسجيل دقيق يتضمن :

- سجلا كاملا طبقا للارقام الكودية للملفات (والبطاقات) ، بحيث يمكن الرجوع اليه لبيان صاحب الملف أو البطاقة .

- سجلا دقيقا آخر يحتوى على اسماء اصحاب الملفات والبطاقات ومرتبة ترتيبا هجائيا ، بحيث يمكن الرجوع اليه لبيان الأرقام الكودية للملفات ، ويكون قابلا لاضافة أسماء جديدة ، دون تغير كبير فى هذا المسجل .

- نظام حفظ دقيق للملفات ، ييسر استخراج الملفات المطلوبة فى أسرع وقت عند طلبها .

ونورد فى الصفحة التالية نموذجا للبطاقة المقترحة :

دراسة مراحل التطبيق

اولا : التعريف بالأنظمة الحالية :

ترجع لدينا عدة أنظمة للخدمات الطبية لمختلف فئات المواطنين ، ولا شك أن التطبيق الشامل لنظام البطاقة الصحية يستدعى ضرورة التعرف على النظم الصحية السائدة لدينا الآن ومن ثم ينبغى دراسة الأنظمة القائمة للبطاقة الصحية والملف الصحى للمواطن ، فى الجهات الآتية :

القائمين الصحى :

بصفته المظلة التى تغطى قطاعا كبيرا من المواطنين يصل الى ٦ ملايين مواطن .

القوات المسلحة :

ولها ميزة التنظيم الجيد فى ملفاتها ، كما ان لها صفة التغير

المستمر .

قوات الشرطة :

لها خدماتها الصحية لأفرادها وعائلاتهم ، ولها صفة الاستمرارية النسبية .

الصحة المدرسية :

والملف الصحى جزء اساسى من أوراق الطالب فى المدرسة أو الجامعة ويشكل ملية المدارس والجامعات حوالى عشرة ملايين مواطن.

المؤسسات الكبيرة :

التي لديها أجهزتها أو وحدات طبية على مستوى جيد .

ويكون هدف الدراسة المقترحة هو التعرف على أصلح نظام للبطاقة والملف الصحى يمكن توحيدده بالنسبة لجميع الجهات والفئات ، وتطبيقه على جميع المواطنين .

وبعد ذلك يمكن تطبيق نظام البطاقة والملف الصحى على جميع المواطنين الذين يتبعون مجتمعات منظمة - كالسابق ذكرها - ويقرب عددهم من عشرين مليون مواطن .

هذا بالإضافة الى سهولة تطبيقه على جميع المواليد الجدد فى جميع انحاء البلاد ، وذلك بإنشاء بطاقة وملف صحى جديد مع كل شهادة ميلاد لكل مولود جديد - حيث يبلغ عدد المواليد حوالى ١.٥ مليون فى كل عام - ويدون الانتظار الى أن يلتحق أى منهم بأحد المجتمعات السابقة (المدارس مثلا) .

وبالتطبيق لأحكام اللائحة التنفيذية للقانون رقم ٢٦٠ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١١ لسنة ٦٥ ، والقانون رقم ١٥٨ لسنة فى شأن الأحوال المدنية فان الجهات الصحية المختصة (مكتب الصحة) تتلقى التبليغات عن المواليد ، وتحرر شهادة الميلاد عقب التسجيل فوراً ، فيمكنها فى نفس الوقت استخراج وتحرير البطاقات الصحية للمواليد الجدد .

وتكمن الصعوبة ، بالنسبة للتطبيق ، فى المحافظات الكبيرة التعداد

نموذج البطاقة الصحية

بطاقة صحية شخصية

الرقم الصحي

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

الاسم رباعيا

العنوان

تاريخ الميلاد

الجنس

رقم الهوية

جهة الاصدار

فصيلة الدم

اسم المسجل

توقيعه

تاريخ الاصدار

ختم المركز

التطعيم

| توقيع | تاريخ | نوع | توقيع | تاريخ | نوع |
|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ارشادات هامة

- الرجو اتباع الارشادات التالية :
- ١- هذه البطاقة وثيقة صحية هامة تساعد وزارة الصحة على تقديم خدمة صحية متكاملة للمواطن ويجب المحافظة عليها وحملها في جميع الاوقات .
 - ٢- هذه البطاقة شخصية ولا تستعمل الا لصاحبها فقط .
 - ٣- على المواطن مراجعة المركز الصحي أو المستشفى الصادرة منه هذه البطاقة الا في حالات الاسعاف فقط .
 - ٤- في حالة فقدان هذه البطاقة تستخرج بطاقة صحية بديلة من نفس جهة اصدار البطاقة الأولى .

مع تحيات وزارة الصحة ""

مثل : الدقهلية ، البحيرة ، القاهرة ، وكذلك فى محافظات الحدود .

ويجب أن يوضع فى الاعتبار تكلفة التنفيذ ، والمصرف المالى (ميزانية المحافظة أو الوزارة أو ميزانية تنفيذ خاصة) .

ثانيا : تطبيق تنفيذ البطاقة الصحية على مستوى الفئات :

وهو احدى الوسائل المرحلية للتطبيق وهذه الفئات قد تكون :

– المجتمعات المخلفة : مثل طلبة المدارس والجامعات ، والقوات المسلحة ، وعمال المصانع .

– الفئات العمرية : مثل فئة المواليد ، وفئة العمر عند دخول المدرسة.

– فئات سكانية : عند استخراج بطاقة تأمينية أو البطاقة الشخصية مثلا .

وقد تكون هذه الوسيلة أسهل وأشمل فى التطبيق ، للاعتبارات الآتية :

× يمكن ان تشمل أكثر من فئة من هذه الفئات معا .

× يمكن التطبيق (فتويا) على مستوى الجمهورية .

× منافذ تطبيقها أكثر ضيقا .

× يمكن تغطية أعداد كبيرة من المواطنين بهذه الوسيلة .

× يمكن تحميل تكاليف البطاقة بالنسبة للفرد على الخدمة الاصلية المقررة له ، بحيث لا تحتاج الى ميزانية كبيرة ، او مشروع خاص ، الا عند البدء بها ، ويغضى المشروع تكاليفه باستمرار المدة .

× أن الفترة الانتقالية ، الى حين تغطية جميع سكان الجمهورية ، أقل من سابقتها .

ويمكن ذلك بالطرق الآتية (احداها أو مجتمعة) :

– استخراج بطاقة صحية لكل مولود حديث عند قيد ميلاده ،

وسوف يغطى ذلك حوالى ١.٥ مليون كل عام .

– استخراج بطاقة صحية لكل تلميذ بالمرحلة الأساسية ، وسوف

يغطى ذلك حوالى خمسة ملايين .

– استخراج بطاقة صحية لكل مواطن عند حصوله على البطاقة الشخصية او العائلية (من السجل المدنى) ، او جعلها شرطا لاستخراج هذه البطاقة من السجل .

– استخراج بطاقات صحية لأفراد القوات المسلحة .

ونظرا لانه من اشتراطات البطاقة الصحية أن تكون بمثابة تحديد صحى لشخصية المواطن ، حيث يحتمل حدوث خطأ أو تكرار بالنسبة لشخصية صاحب البطاقة – لذلك يجب أن تكون مرتبطة بنظام ترقيم سليم يضمن عدم الخطأ أو التكرار .

ولهذا فان من الأوفق ان يرتبط ذلك بنظام الرقم القومى ، والذي ينتظر البدء فى تنفيذه قريبا .

وهذا النظام سوف يرتبط أساسا بثلاثة اتجاهات :

– عند تسجيل المواليد الجدد ، على أن ينقل قيد المواليد الى مركز رعاية الأمومة والطفولة مع اصدار قرار بذلك ، وتنقل وحدة قيد المواليد بامكاناتها من مكتب الصحة الى مركز رعاية الطفل .

– لتلاميذ المدارس فى المرحلة الأساسية .

– للمواطنين عند استخراج بطاقتهم الشخصية والعائلية او تجديدها .

وهذا النظام هو المقترح للبطاقة الصحية ولذلك ترتبط به سهولة الاجراء وتوحيد الفئات المستهدفة .

ولا يمنع نظام البطاقة الصحية من الارتباط بأي نظام آخر للخدمة الصحية يراه المواطن اصلح له ، او يرتبط به اصلا بعلاقة وظيفية أو اجتماعية مثل :

× الخدمة المجانية الحكومية ، او العلاج الاقتصادى الحكومى .

× خدمات التأمين الصحى .

× خدمات المؤسسات العلاجية أو الأنشطة العلاجية للقطاع العام .

× خدمات الهيئات الأخرى ، مثل القوات المسلحة .

تصور

لكيفية تنفيذ نظام طبيب العائلة والبطاقة الصحية لكل مواطن

- يفضل تنفيذ هذا النظام بمركز صحي حضري ووحدة ريفية بكل محافظة من محافظات الجمهورية ، وفى اوائل كل عام ، ليكون نمونجا للتنفيذ فى المحافظة بعد ذلك ، مع الاستفادة بالتجربة التى تمت بنجاح فى بورسعيد .

- فى اوائل العام تدرس كل محافظة توزيع السكان على المراكز الصحية الحضرية الموجودة فعلا أو المطلوب انشاؤها ، تبعا لعدد السكان ، بحيث يخدم كل مركز من ٦٠.٠٠٠ الى ٨٠.٠٠٠ بواقع طبيب لعائلة لكل ١٠.٠٠٠ من السكان .

- يمكن اتمام تنفيذ هذا النظام فى مدة تتراوح ما بين ١٠و٥ سنوات ، طبقا لطبيعة كل محافظة وعدد سكانها .

- بعد العام الأول ، ينفذ المشروع بالوحدات الريفية والمجموعات الصحية والمراكز الحضرية الموجودة فعلا ، منذ البدء فى تخطيط بناء المراكز الصحية الحضرية التى يحتاجها المشروع .

- يصمم نوعان من البطاقات الصحية أحدهما للذكور والآخر للإناث ، على ان تبدأ البطاقة ببيانات عن مدة الحمل ثم الولادة ثم تطورات كل فترة من العمر (الطفل ، السن المدرسى ، ثم مرحلة الشباب الى نهاية العمر) بحيث يقيد بالبطاقة كل البيانات الصحية لصاحبها ، من أول يوم من الحمل الى ساعة وفاته .

- وتعمل تعديلات بسيطة بالمراكز الصحية الموجودة الآن لتتلاءم مع هذا النظام بحيث تشمل الآتى :

× غرفة لكل طبيب عائلة يخدم فى حدود ١٠.٠٠٠ مواطن ، بجوارها دولا ب حفظ البطاقات بلون مميز وامامها استراحة للمتقدمين .

× عيادة أو أكثر للأسنان ، حسب التعداد .

٢٥٠

× معمل للأمراض المتوطنة .

× معمل باثولوجيا الكلينية .

× غرفة لتنظيم الأسرة .

× غرفة للمطبخ التعليمى .

× صيدلية بها عدد كاف من شبابيك صرف الدواء .

× غرفة للاستقبال مع سيارة للاسعاف .

× قسما للولادات الطبيعية .

× سكنا للأطباء وسكنا للمرضات .

× مكاتب للإدارة .

- يعمل مع طبيب العائلة الفريق الصحى الخاص ، الذى يتكون من ممرضة ومولدة وزائرة صحية ، وملاحظ صحى أو مراقب صحى ، وعامل وعاملة .

- يتم ربط كل طبيب عائلة بالاختصاصيين بكافة الفروع باقرب مستشفى .

- بعد تحديد منطقة عمل المركز الصحى ، يتم تحديد منطقة عمل كل طبيب عائلة ، ويتم حصر السكان ميدانيا بسجلات خاصة تتضمن : اسم الشارع ، رقم المنزل ، رقم الشقة ، ثم أسماء افراد العائلة ، وسن وعمل كل منهم ، ويعطى كل منهم رقما مسلسلا ويسلم بطاقة صغيرة مدونا عليها بياناته ورقمه ، وتميز باللون المحدد .

- يتم عمل بطاقة صحية لكل فرد حسب نوعه ، تحمل رقمه ، وتوضع فى الدولا ب فى المكان المخصص لها بحيث يمكن استخراجها فورا ، بناء على رقم البطاقة الموجودة معه عند حضوره لأى سبب .

- يتوقف نجاح المشروع على اختيار مديرى هذه المراكز من المتحمسين للمشروع ، وتدريبهم حتى يمكنهم تدريب وتوجيه الأطباء المخصصين للعائلات والفريق الصحى المتعاون معهم .

النظام المرحلى للتطبيق

الاعتبارات والاجراءات العامة :

عند الاتجاه الى التنفيذ الفعلى لاجراءات نظام البطاقة الصحية ، ينبغي الاهتمام بالاعتبارات والاجراءات الاتية :

- الوصول الى اتفاق حول شكل النماذج الموحدة التى سوف تكون محتويات الملف الصحى ، وكذلك الشكل الموحد البسيط للبطاقة الصحية الشخصية .

- تعريف المواطنين بغائدة البطاقة والملف الصحى ، والدعوة لهما عن طريق وسائل الاعلام الجماهيرية .

- طبع الاعداد اللازمة من هذه الملفات والبطاقات الصحية الجديدة عن طريق هيئة مركزية ، مثل هيئة البريد ، أو هيئة المطابع الأميرية ، حتى تأخذ الصفة الرسمية الموحدة .

- عدم تحميل الدولة أو الأجهزة الصحية وكذلك المواطن بأعباء مالية كبيرة ، اذ يمكن ان تكو لهذه البطاقة والملف قيمة اسمية يدفعها المواطن ، ولا تشكل عبئا ماديا كبيرا عليه ، ويغطى التكلفة الفعلية لطبعها وتوزيعها ، ويمكن فى هذه الحالة أن يقوم المواطن بشرائها من مكاتب البريد ، وتكون ضمن الأوراق اللازمة للحصول على شهادة الميلاد ، او عند التقدم للقيد بالمدارس والجامعات أو للعاملين فى الجهات المختلفة .

وفى نفس الوقت يمكن للمواطن الذى يرغب أن تكون لديه نسخة خاصة من ملفه الصحى ، أن يحصل عليها من مكاتب البريد ويستخدمها لدى الجهة الصحية الحكومية أو الخاصة .

- تطابق ترقيم الملف والبطاقة الصحية مع الرقم القومى الموحد ، ولا يمنع ذلك من أن تحمل البطاقة الصحية رقما اضافيا للجهة أو المجتمع الذى ينتمى اليه المواطن .

- تدريب العاملين فى الأجهزة الصحية المختلفة فى كيفية التعامل بهذا الملف الصحى ، بما ييسر الخدمة على كل من الجهة الصحية والمواطن .

- ان تبدأ هذه الاجراءات بعد اقرارها من الآن ، دون انتظار تنفيذ

الرقم القومى حتى تكون مستلزمات البطاقة الصحية جاهزة عند بدء تنفيذ نظام الرقم القومى ، وفى هذه الحالة يمكن أن يسير النظامان جنبا الى جنب .

مقترحات محددة :

يجب أن يكون لكل مواطن بطاقة صحية يرتبط رقمها بالرقم القومى غير المتكرر ، ويتم حفظها فى وحدة الرعاية الصحية الأولية التى تقدم الخدمة لهذا المواطن .

وحيث ان هذا الوضع الأمثل يصعب تنفيذه حاليا ، اذ لم يتم بعد نظام الرقم القومى للمواطن ، والذى يحتمل ان يبدأ اعتبارا من عام ١٩٨٦ للمواليد الجدد .

فيقترح تطبيق النظام على فئات مختلفة ، يراعى فيها سهولة الحصر وخضوعها لنظام الرقابة الصحية المنتظمة وتشمل :

- المواليد بداية من عام ١٩٨٦ وما بعده : حيث يبدأ تطبيق نظام الرقم القومى لكل مولود ، على ان تحفظ البطاقة فى مركز رعاية الطفل التابع له محل الإقامة ، أو فى الوحدات العلاجية المتكاملة .

- تلاميذ المدارس فى مرحلة التعليم الأساسى : ويبدأ تطبيق النظام اعتبارا من عام : ١٩٨٦ لتلاميذ السنوات ٢/٤

١٩٨٧ " " " ٢/٤

عام ١٩٨٨ لتلاميذ السنوات ٢/١

عام ١٩٨٩ لتلاميذ السنوات ١

عام ١٩٩٠ لتلاميذ السنوات ١

عام ١٩٩١ لتلاميذ السنوات ١

ومن خلال هذا النظام يكون قد تم تغطية جميع تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسى ، وبعد هذه السنة سوف يلتحق بهذه الحلقة الأطفال المولودون فى عام ١٩٨٦ والذين قد تم عمل بطاقة صحية لهم قبل ذلك ، ويقترح أن تكون من ضمن الأوراق التى يقدمها الطفل عند قبوله للمدرسة - هذه البطاقة الصحية التى تسحب من مركز رعاية

كامل لتحويل المرضى للمستويات التخصصية المختلفة ورفع مستواها .
وفي إطار نظام تطبيق البطاقة الصحية ينبغي مراعاة ما يأتي :
- يكون عمل البطاقة شاملا لكل فئة يطبق عليها النظام ، على
أن يراعى قصر تقديم الخدمة الصحية المجانية من خلال هذه البطاقة
وحدها .

- تحفظ البطاقة في وحدة الرعاية الصحية الأولية ، أو مستوى
الممارس العام ، على أن تدون بها كافة البيانات الطبية التي تطرأ على
الشخص ، والخدمات التي تقدم له ، سواء في المستوى الأول أو في
المستويات الأخرى .

- يتم نقل البطاقة الصحية الى الوحدات المقابلة عند تغيير الصفه
(السن قبل المدرسى / السن المدرسى / السن الجامعى / وغيرها) او
عند الانتقال من مرحلة الى أخرى .

التوصيات

تضمنت الدراسة المقترحة والتوصيات التفصيلية الخاصة بالبطاقة
والملف الصحى ونظم العمل بالمراكز الصحية ، والاجراءات الخاصة
بالمستخدمين بالرعاية من خلال البطاقة الصحية ، وفيما يلى عرض
التوصيات العامة :

* ضرورة الأخذ بنظام البطاقة الصحية وبدء تطبيقه على ضوء
النظام المقترح بهذا التقرير مع النظر فى تطبيقه أولا على طلبة
المدارس ، ثم المتعاملين مع هيئة التأمين الصحى .
* البدء فى اعداد مشروعات التشريعات و القرارات اللازمة لتنفيذ
النظام .

* البدء فى اعداد خطط تدريب الأفراد اللازمين لتنفيذ النظام .
* التنسيق مع هيئة التأمينات الاجتماعية - حيث بدأت فى اعداد
البطاقة التأمينية وذلك تجنباً لتكرار البيانات المطلوبة للبطاقة الصحية .
* تشكيل لجنة دائمة للإشراف على التنفيذ ، وتقييم مراحله اولا
بأول على أن يكون لها سلطة اصدار القرارات التنفيذية اللازمة لنجاح
هذا النظام .

الطفل ، أو الخدمة الصحية الشاملة ، للاحتفاظ بها فى الصحة
المدرسية .

- تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسى والمرحلة الثانوية
أو ما يعادلها :

ويمكن أن يطبق نظام الحلقة الأولى من التعليم الأساسى ذاته ، وذلك
على النحو الآتى :

مدارس الحلقة الثانية من التعليم الأساسى ١٩٨٦ السنوات ٩/٧

١٩٨٧ السنة ٨

وبذلك تغطى الحلقة الثانية من التعليم الأساسى ، لأن الطالب الذى
يلتحق بالحلقة الثانية عام ١٩٨٧ يكون قد سبق أن استخرج له بطاقة
فى الحلقة الأولى ، والتي تنقل معه ، ضمن أوراقه ، الى المدرسة
الجديدة :

المدارس الثانوية ١٩٨٦ السنوات ١ / ٣

١٩٨٧ السنة ٢

ويطبق هنا ماسبق بالنسبة للمرحلة الاعدادية من حيث تغطية
التلاميذ .

المرحلة الجامعية أو ما يعادلها : ويطبق النظام اعتباراً من :

عام ١٩٨٦ ١ / ٣ / ٥

عام ١٩٨٧ ٣ / ٥

ويطبق هنا ماسبق ذكره فى المرحلة الثانوية من حيث التغطية ، لأن
الطالب ، أو الطالبة ، الذى يلتحق بالجامعة عام ١٩٨٧ يكون قد سبق
استخراج بطاقة صحية له فى المرحلة السابقة .

- الخاضعين لنظام التأمين الصحى : وهو نظام قائم فعلاً ، حيث
تحفظ بطاقتهم الصحية فى مستوى خدمة الممارس العام .

- ويقتراح أن تختار محافظة تتمتع بارتفاع مستوى الخدمة بها
وانتشارها ، بحيث يطبق النظام بها ، بعد حصر عدد المواطنين ، من
خلال وحدات الرعاية الصحية الأولية ، وعلى أن يتبع ذلك وجود نظام

سياسة مكافحة الأمراض المعدية

البلهارسيا

تتعدد الآثار السلبية الناشئة عن مرض البلهارسيا ولا تقتصر على المجالات الصحية و الاجتماعية ، بل تمتد لتشمل الاقتصاد القومى ، سواء فى صورة نقص فى الانتاجية ، او فى زيادة تكاليف العلاج والمكافحة ، كما ان ما يترتب على المرض من مضاعفات لاحقة ، يعتبر سببا لمزيد من الخسائر التي تتحملها الميزانية الصحية للدولة والاقتصاد القومى . هذا ويعتبر مرض البلهارسيا من أقدم مشكلاتنا الاجتماعية والاقتصادية فى الريف والحضر .

تاريخ البلهارسيا : لعل ارتباط مصر بالبلهارسيا تاريخا واكتشافا وبحثا ، قد صور مصر على انها مصدر المرض فى العالم ، ولكن الدلائل المختلفة تشير الى ان منشأ هذا المرض - فى عصر ما قبل التاريخ بالنسبة لقارة افريقيا - كان فى منطقة البحيرات الكبرى فى اواسط القارة ، ثم انتشرت الطفيليات والقواقع الناقلة له عبر المجارى المائية ، ومن بينها نهر النيل ، الى جميع انحاء افريقيا ، ويضاف الى ذلك أن المرض ينتشر حاليا فى حوالى ٧٢ بلدا تتوزع ما بين افريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية .

وربما يرجع الارتباط بين البلهارسيا ومصر الى ثراء تاريخنا المسجل اذ ورد ذكر البول الدموى فى بعض اوراق البردى ، حيث اطلق عليه باللغة المصرية القديمة اسم « عاع » وعزى الى وجود دودة فى الجسم ، كما حددت له وصفات علاجية تضمن بعضها املاح الانثيمون . اما فى التاريخ الحديث ، فقد اكتشف العالم الالماني تيودور بلهارس الدودة المسببة للمرض عام ١٨٥١ ، عندما كان قائما بالتدريس فى كلية طب قصر العيني .

وفى أوائل القرن الحالى قام عالم امريكى يدعى « ليبر » بالتمييز بين نوعى ديدان الهيماتويبيام والمانسونى كسبب لفرعين مختلفين من مرض البلهارسيا وقد حقق هذا الكشف العلمى فى اثناء عمله فى مصر عام ١٩١٥ .

وكانت وزارة الصحة المصرية هى أول وزارة صحة فى العالم تنشئ قسما لمكافحة القواقع الناقلة لهذا المرض ، كما كان هذا القسم صاحب أول تجربة لاستئصال القواقع تمت فى الواحة الداخلة ، كما كانت هذه الوزارة أول من استخدم عقار الطرايطير المقيء على نطاق واسع لعلاج هذا المرض .

ومنذ ذلك الوقت اشتهر علماء مصريون كثيرون فى مجال البحث وتطوير المعلومات عن مرض البلهارسيا ولا زالت كتب طب المناطق الحارة تحتشد بنتائج بحوثهم .

أهمية المشكلة فى حقل الصحة العامة

يمثل مرض البلهارسيا المشكلة الصحية الأولى فى مصر ويبرز فى مقدمة مشكلاتها الاجتماعية والاقتصادية .

ولما كانت أكثر الفئات العمرية اصابة بهذا المرض هى فئات السن المدرسى - حيث تزيد معدلات الاصابة عن ٤٠ ٪ ، تصل فى بعض المواقع الى ١٠٠ ٪ - فان ذلك يعنى أن خيرتنا من اجيال المستقبل مهددة أكثر من غيرها فى صحتها وفى انتاجيتها ، ولعل هذا مما يزيد فى حدة المشكلة والحاحها .

العوامل المساعدة على زيادة انتشار المرض : ويأتى فى مقدمتها :
 × تحويل رى الحياض الى رى مستديم .
 × هجرة مواطنى منطقة القناة الى الريف مما عرض بعضهم للاصابة بالمرض .
 × احتمال حدوث تغيير ايكولوجى مساعد على انتشار قواقع الهموفلاريا .
 العوامل المساعدة على مكافحة المرض : ويلخص اهمها فيما يأتى :

انتشار ٢٦٠٠ وحدة صحية فى الريف .
 انتشار ١٠٠٠٠ مدرسة فى الريف .
 مشروعات مياه الشرب النقية فى الريف .
 مشروعات مكافحة التى تقوم بها وزارة الصحة .

تأثير السد العالى : لاشك أن انشاء السد العالى يعتبر من المشروعات ذات الأهمية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ولما كان الحديث قد كثر عن تأثيره على موقف البلهارسيا ، فقد قامت اكااديمية البحث العلمى بالتعاون مع جامعة بوسطن بدراسة التغيرات التى حدثت فى مياه النيل واثرها على تطور حجم مشكلة البلهارسيا ، كما قام باحث امريكى بدراسة هذا الموضوع وانتهى الى ان معدل انتشار البلهارسيا لم يزد نتيجة لبناء السد العالى .

غير ان تاريخ مصر يوضح ارتباط الرى المستديم بزيادة انتشار البلهارسيا ، بدءا من عصر محمد على ، ومنذ انشئت القناطر الخيرية ، وحتى تحويل رى الحياض الى رى مستديم فى منطقة مصر الوسطى وجزء من مصر العليا ، قبل انشاء السد العالى بعشرين عاما .

وطبيعى ان استكمال تحويل مناطق رى الحياض الى رى مستديم بعد انشاء السد العالى ، قد احدث زيادة مماثلة فى تلك المناطق ، كما يحتمل ان تغيير طبيعة المياه وسرعة التيار ونسبة الطمي فى الدلتا ، قد ساهمت فى تغيير ايكولوجية القواقع بحيث اصبحت أكثر مناسبة

٢٥٤

لقواقع الهموفلاريا الناقلة للبلهارسيا المانسونائى ، وأقل مناسبة للقواقع الناقلة للبلهارسيا هيماتوبيوم .
 وعلى اية حال فينبغى عند احتمالات التصادم بين مشروعات التنمية والصحة العامة ، ان يتم الوصول الى الصيغة المناسبة لتحقيق التقدم مع المحافظة على الصحة .

وهذا هو الأسلوب الذى نفذ - بالنسبة لمشروع الصرف الصحى المغطى - والذى يجب ان يراعى عند قيام أى مشروع ضخم ، بحيث تدرس آثاره على الاوضاع الصحية ، وأن يتضمن المشروع تمويل مشروع موازن لمنع اية اثار جانبية .

المسح العلمى لتحديد حجم المشكلة :

لعل أول مسح علمى لتحديد حجم المشكلة فى مصر ، هو البحث الذى قام به العالم الأمريكى سكوت فى عام ١٩٣٥ ، بالتعاون مع وزارة الصحة المصرية . وقد فحص ٤٠٠٠٠ مواطن فى قرى منتشرة فى انحاء البلاد .

- وفى عام ١٩٥٥ كررت وزارة الصحة القياس فى نفس مناطق المسح الذى اجراه سكوت وبلغ حجم العينة ١٢٤٠٠٠ نسمة ، واتضح منه الآتى :

× ان معدل الانتشار بنوعى المرض بلغ ٣٨ ٪ للهيماتوبيوم ، و ٩ ٪ للمانسونائى .

× ان الاصابة بالبلهارسيا هيماتوبيوم فى شمال مصر الوسطى انخفضت من ٥٥ ٪ الى ٤٠ ٪ ، ولكنها ارتفعت فى سوهاج من ٣ ٪ الى ٤٢ ٪ ، نتيجة تحويل رى الحياض الى رى مستديم ، بينما استمر المعدل منخفضا فى مصر العليا ، حيث لم يكن قد حدث تغيير فى نظام الرى .

- بانتشار ٢٦٠٠ وحدة صحية فى الريف ، بشكل منتظم ، اعتبرت البيانات الواردة منها عن معدل الانتشار مقبولة لحين اجراء مسح منظم وكان المعدل فى السبعينات هو ٢٢ ٪ .

- علاوة على التغييرات في حجم المشكلة نتيجة تغير نظام الري - وهو امر بدأ منذ انشاء القناطر الخيرية ومشروعات زيادة غلة الأرض عن طريق الري المستديم - فان هناك تغييرا هاما وخطيرا حدث في عام ١٩٧٧ ، واصبح حقيقة واقعة في الدلتا ، وهذا التغير هو في طبيعة المشكلة اكثر منه في حجمها ، فقد لوحظ ارتفاع معدل انتشار البلهارسيا مانسونائى (التى كانت قد انخفضت في اوائل الخمسينات) بحيث اصبحت ضئيلة ، كما يوضح الجدول التالى الذى استقى من مسح شامل أجرته الوزارة في محافظات الدلتا بطريقة العينة ، وشمل قرية اختيرت عشوائيا من كل مركز ادارى .

- الى جانب ذلك بدأت قواقع الهموفلاريا الناقلة للبلهارسيا مانسونائى في الظهور في مواقع متفرقة في الوجه القبلى اعتبارا من عام ١٩٥٢ ، وظهرت أعداد محدودة من الحالات : ١٨ حالة في اسيوط ، في السبعينات ، ٢٥ حالة في بنى سويف في عام ١٩٨٢ ، وكانت هذه الظاهرة احد العوامل التى دعت وزارة الصحة الى تغطية الوجه القبلى بمشروعات المكافحة كاولية أولى .

- يوضح الجدول الوارد في الصفحة ٢٥٧ التغييرات التى طرأت على حجم مشكلة البلهارسيا في مصر ، حتى عام ١٩٨٤ .

جهود المكافحة

مراحل المكافحة ومشروعاتها :

مرت مكافحة البلهارسيا بعدة مراحل ، تم خلالها تنفيذ مشروعات محددة ، تنوع فيها اساليب الوقاية والعلاج ، وذلك على النحو الآتى :

× مشروع قليب ١٩٥٣ - ١٩٥٤ : قام على مكافحة القواقع كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع قليب ١٩٥٣ - ١٩٥٩ : استخدم علاج الطراير المقيىء على نطاق واسع كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع وراق العرب ١٩٥٣ - ١٩٥٩ : استخدم مبيد القواقع

المكتشف حديثا اذ ذاك ، وهو (بنتا كلوروفينيات الصوديوم) كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع مصر ٤٩ في شمال البحيرة ١٩٦١ - ١٩٦٩ : بالتعاون مع الصحة العالمية ، استخدم فيه مبيد القواقع الحديث بايلوسيد كمدخل وحيد للمكافحة .

× مشروع شنبارى بالجيزة ١٩٧٠ : استخدم فيه عقار الهايكانثون كحقنه واحدة كمدخل وحيد في المكافحة .

وقد ثبت في جميع هذه المشروعات ان المدخل الوحيد ، ايا كان نوعه لم يؤد الى النتيجة المطلوبة .

× مشروع الفيوم ١٩٦٩ : طبق اكثر من مدخل ، فاستخدم عقار الامبهار كعلاج عن طريق القم للأطفال وصغار السن ، والطراير لعلاج من تزيد اعمارهم على عشرين عاما واستخدم مبيد « البايوسيد » في مكافحة القواقع على ٣ أو ٤ بورتات سنوية وقد ادى هذا المشروع الى نتائج ملفته للنظر ، اذ انخفض معدل الاصابة من ٤٥.٧ ٪ في عام ١٩٦٨ الى ٦ ٪ في عام ١٩٧٥ ، غير ان المعدل عاد الى الارتفاع ، حيث اصبحت حاليا حوالى ١٥ ٪ ، وقد قامت الوزارة بتحليل اسباب هذه الظاهرة للاستفادة منها في المشروعات الأخرى ولتصحيح المسار في هذا المشروع .

استراتيجية المكافحة

دعائم الاستراتيجية :

ان مشكلة البلهارسيا لا تواجه القطاع الصحى وحده ، ولكنها تواجه جميع القطاعات في مختلف المجالات : الزراعية ، الصناعية ، والتعليمية والبحثية وغيرها ، كما تواجه الشعب كله .

ويقتضى هذا ان تتكاتف جهود الجميع - كل حسب امكاناته واختصاصاته - للسيطرة على هذه المشكلة القومية .

ومن ثم ينبغى ان تقوم الاستراتيجية القومية لمكافحة البلهارسيا على

| المحافظة | معدل الانتشار في المائة | | المحافظة | معدل الانتشار في المائة | |
|-----------|-------------------------|----------|-----------|-------------------------|----------|
| | هيماتويوم | مانسوناى | | هيماتويوم | مانسوناى |
| الغربية | ١٠,٢ | ٤٢,٩ | كفر الشيخ | ٤,١ | ٥٠,٣ |
| القليوبية | ٥,٦ | ٢٨,٤ | دمياط | ١,٢ | ٤٧,١ |
| البحيرة | ٨,٥ | ٥٣,١ | المنوفية | ٥,٤ | ٢٠,٠ |
| الشرقية | ٥,٤ | ٢٥,٣ | الدقهلية | ٦,٠ | ٤٢,٤ |

التغيرات التي طرأت على حجم مشكلة البلهارسيا في مصر

| المنطقة | المحافظة | دراسة سكوت ١٩٣٥ | | بيانات وزارة الصحة | | بيانات وحدات الصحة الريفية ١٩٧٧ | بيانات وزارة الصحة | | بيانات ١٩٨٤ | |
|------------|--|-----------------|----------|--------------------|----------|---------------------------------|--------------------|----------|-------------|----------|
| | | هيماتوبيام | مانسوناي | هيماتوبيام | مانسوناي | | هيماتوبيام | مانسوناي | هيماتوبيام | مانسوناي |
| الدلتا | دمياط الدقهلية الشرقية القليوبية المنوفية الغربية كفر الشيخ البحيرة | ٦٠٪ | ٢٢٪ | ٣٨٪ | ٩٪ | ٢٢٪ | ١٦٪ | ١٢٪ | ١,٢٪ | ٤٧,١٪ |
| | | | | | | | | | ٦,٠٪ | ٤٢,٢٪ |
| | | | | | | | | | ٥,٤٪ | ٢٥,٢٪ |
| | | | | | | | | | ٥,٦٪ | ٢٨,٤٪ |
| | | | | | | | | | ٥,٤٪ | ٢٠,٠٪ |
| | | | | | | | | | ١٠,٢٪ | ٤٢,٩٪ |
| | | | | | | | | | ٤,١٪ | ٥٠,٣٪ |
| | الجيزة الفيوم | ٨٠٪ | ٢٢٪ | ٤٥,٧٪ | ٤٠٪ | ٢٩,٤٪ (**) | ١٦,٥٪ | ١٢٪ | ٨,٥٪ | ٥٣,١٪ |
| | | | | | | | | | (***) | |
| | | | | | | | | | ١٢٪ | |
| مصر الوسطى | بنى سويف المنيا شمال اسيوط جنوب اسيوط سوهاج قنا اسوان | ٢٢٪ | ٦٪ | ٤٢٪ * | ٥٪ | ٢٦,٣٪ | | | ٦,٠٤٪ | |
| | | | | | | | | | ١١,٦٪ | |
| | | | | | | | | | ٧,٣٪ | |
| | | | | | | | | | (****) | |
| | | | | | | | | | ١٦٪ | |

(*) تأثير ادخال نظام الرى الدائم فى المحافظات المذكورة

(**) المسح الأساسى لمشروع مصر الوسطى

(***) مسح وزارة الصحة لمنطقة الدلتا

(****) التقييم المستقل الذى أجراه البنك الدولى عام ١٩٨٤ .

الدعائم الآتية :

- × إعطاء أولوية متقدمة لمكافحة البلهارسيا كمسكلة قومية .
- × مشاركة المجتمع بافراده وهيئاته فى كل عمل يهدف الى السيطرة على هذه المشكلة .
- × تضافر كل القطاعات المعنية فى اعمال التخطيط والمكافحة ، كل بحسب امكاناته واختصاصه .

× إعطاء دور رئيسى لشبكة الرعاية الصحية الأولية التى تغطى الريف والحضر ، والتى يمكن بزيادة قدرتها وامكاناتها ان ترتفع كفاءتها فى التوعية وفى التشخيص وفى العلاج ، وفى المتابعة اللاحقة .

ولقد روعى فى استراتيجية المكافحة المنفذة حاليا مايتى :

- × تقسيم مصر الى مناطق جغرافية تشمل كل منها بيئات متشابهة فى طبيعتها ومصادر مياهها وطرق الرى المتبعة فيها ، وهى سيناء ومنطقة القنال وشرق وغرب ووسط الدلتا والفيوم ومصر الوسطى ومصر العليا وبحيرة ناسر .

× إعطاء الأولوية للوجه القبلى - عند البدء فى مشروعات المكافحة -

للسباب الآتية :

- تواجد القواقع الناقلة للبلهارسيا مانسونائى وظهور بعض

الحالات .

- فى نجاح المكافحة تدعيم لمشروع الفيوم ، حيث تحصل محافظة الفيوم على مياه الرى من بحر يوسف الذى يبدأ من قناطر ديروط كفرع من نهر النيل .

- توافر عقار رخيص للعلاج عن طريق الفم لنوع المرض الوحيد

الموجود فى الصعيد (الهيماتوبوم) .

- سهولة تطبيق استراتيجية المكافحة المتاحة على ضوء خبرة الفيوم

فى مناطق الصعيد ، بينما يجب البحث عن استراتيجية أخرى لمواجهة

٢٥٨

الموقف فى الدلتا .

- بناء خطوط البلهارسيا على الاستراتيجية التى يوضحها الرسم الوارد فى الصفحة التالية ، والتى تشمل استخدام مكافحة القواقع ، واكتشاف المرضى وعلاجهم ، والتثقيف الصحى ، ومشاركة المجتمع ، كمدخل متعددة لمواجهة المشكلة والتركيز على كل مدخل يتفق مع طبيعة ومرحلة المكافحة :

مشروعات المكافحة الحالية

مشروع مكافحة البلهارسيا بمصر الوسطى :

ويبدأ هذا الاقليم من قناطر ديروط شمالا حتى الحدود الجنوبية لمحافظة الجيزة ويقطنه ٤.٥ مليون مواطن يقيمون فى ٢٠ مدينة و ٩٣٠ قرية ومساحة الأرض المنزرعة فيه حوالى مليون فدان ، وتبلغ اطوال المجارى المائية التى تخدمها ريا وصرفا ٣٣٤٥٠ كيلو مترا .

وتتمثل الخدمات الصحية المشتركة فى المكافحة فى ٢٠ مستشفى وفرعا للأمراض المتوطنة ، و ٢١ مجموعة صحية مدرسية ، و ٣٤٧ مجموعة وحدة صحية ريفية و ٢١٥ وحدة لمكافحة القواقع .

وكان معدل انتشار المرض فى ١٩٧٧ ، عندما بدأ المشروع ، هو ٢٩.٥ ٪ ، ثم انخفض الى ٨.٥ ٪ عام ١٩٨٤ طبقا لتقدير فريق من البنك الدولى قام بتقييم المشروع .

مشروع مصر العليا :

ويضم هذا الاقليم - الذى يبدأ من ديروط شمالا الى أسوان جنوبا - ٥.١ مليون يعيشون فى ٢٨ مدينة ، ٦٧٤ قرية ، وتبلغ مساحة الأرض المنزرعة ١.١٢ مليون فدان ، وطول المجارى المائية ٦٤٩٥٦ كيلو مترا وتتمثل الخدمات الصحية المشتركة فى المشروع فى ٤٢٧ مجموعة وحدة صحية ريفية ، و ٢٩ مجموعة وحدة صحية مدرسية ، و ٢٨ مستشفى وفرعا للأمراض المتوطنة و ٢٨٤ وحدة مكافحة قواقع .

وعند بدء المشروع فى عام ١٩٨٠ كان معدل انتشار البلهارسيا ٢٦ ٪ ، واصبح الآن ١٦ ٪ فقط .

| عنصر المكافحة | مرحلة المكافحة النشطة | مرحلة تدعيم النتائج | مرحلة صيانة النتيجة |
|---|-----------------------|---------------------|---------------------|
| <p>مكافحة القواقع</p> <hr/> <p>- الاستكشاف</p> <p>- استخدام المبيدات</p> <p>العلاج :</p> <hr/> <p>- فحص المواطنين</p> <p>- علاج المرضى</p> <p>التتيف الصحي بهدف</p> <hr/> <p>- مشاركة المجتمع</p> <p>- تحسين البيئة</p> | | | |

مشروع الجيزة :

يبلغ تعداد محافظة الجيزة ٢.٤ مليون مواطن يقيم نصفهم في مدينة الجيزة ، ويعيش الباقون في ٦ مدن و١٣١ قرية ، وتبلغ مساحة الأرض المنزرعة ٢٣١٨٤٠ فدان ، وجملة اطوال المجارى المائية ٧٣٦٤ كيلو مترا وتتمثل الخدمات الصحية في ١٠ مستشفيات للأمراض المتوطنة ، و ١٠ مجموعات ووحدات صحية مدرسية ، و١٢٠ مجموعة ووحدة صحية ريفية ، و٣٧ وحدة مكافحة قواقع .

وعندما بدأ المشروع في عام ١٩٨٣ كان معدل انتشار البلهارسيا « هيماتوبوم » ٢٢.٢٦ ٪ ومعدل انتشار البلهارسيا مانسوني ١.٢ ٪ وهذا النوع الاخير محدود بالمنطقة الشمالية التي تعتبر جزءا من الدلتا ويتضمن المشروع استنباط استراتيجية جديدة تصلح للدلتا في هذا الجزء من المحافظة .

مشروع غرب النوبارية :

ويرتبط هذا المشروع بمنطقة اصلاح الزراعى في غرب النوبارية ، ويتضمن حصر وفحص الفلاحين قبل توطينهم في المنطقة التي تبلغ مساحتها ٢٠٠.٠٠٠ فدان الى جانب جهود العلاج والمكافحة في المنطقة ذاتها .

مشروع قناة السويس :

ويشمل محافظات السويس والاسماعيلية وبورسعيد ودمياط ، ومركز المنزلة من الدقهلية ، ومركزى الحسنية وفاقوس من الشرقية ، وهو في مرحلته التحضيرية ويبدأ العمل به في أول عام ١٩٨٦ .

بحيرة ناصر :

بدأ الاهتمام ببحيرتى ناصر وفولتا عند انشاء السدين الكبيرين في المنطقتين ، وتكون بحيرة صناعية خلف كل منهما .

وعلى حين لم تظهر مشكلة البلهارسيا بشكل واضح في بحيرة ناصر الا ان منطقة بحيرة فولتا بلغت نسبة الاصابة فيها ٩٠ ٪ من السكان ، ولذلك تركز مشروع الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية

٢٦٠

الخاص بالبحيرتين في أنشطة تمت في غانا .

ويعد مرور عدة سنوات على بدء مشروع بحيرة فولتا بحيرة اقترح نقل مركز الاهتمام الى بحيرة ناصر ، على اساس ان مشروع بحيرة فولتا قد قدم اسلوبا لمكافحة البلهارسيا التي تنشأ في بحيرة صناعية ، ويمكن ان يستنبط من مشروع بحيرة ناصر استراتيجية وقائية ، وتكون ذات فائدة لمصر والدول الأخرى التي تنشأ سدودا مماثلة .

وحتى الان لازال حجم المشكلة ضئيلا في منطقة بحيرة ناصر ، ولكن مشروعات التوطين والتعمير قد تضاعف من حجم المشكلة ولذلك ، فان الموقف يستدعى التحرك السريع ، وقد وافقت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية على بدء مشروع للمكافحة ، في عام ١٩٨٦ ، كما تنشأ وزارة الصحة في الوقت الحاضر مركزا لبحوث البلهارسيا على البحيرة ليكون مقرا لهذا المشروع .

وتجرى حاليا اجراءات تستهدف مجتمع الصيادين الذين يعيشون في البحيرة حيث يتم فحصهم وعلاجهم قبل السماح لهم بالصيد ، بل قبل مغادرتهم قراهم الأصلية في محافظات اخرى كما تجرى دراسة لتنظيم برنامج للرعاية الصحية الأولية لهؤلاء ، يعتمد على تدريب افراد منهم في المراكب الأم ، لتقديم بعض الاسعافات ومتابعة علاج من يحتاج منهم لذلك .

مشروعات المكافحة في الدلتا :

لا زالت الدلتا هي المنطقة الى لاتغطيها مشروعات مكافحة البلهارسيا ، وقد تم اعداد مشروع لهذا الغرض ، بناء على طلب مؤسسة تيودور بلهارز الألمانية وموافقة وزارة الصحة العالمية وينتظر ان يمول الجانب الألماني هذا المشروع .

ويغطي مشروع الدلتا المقترح محافظات : كفر الشيخ والغربية والمنوفية ، وجزءا من محافظة الدقهلية ، حيث اخذ في الاعتبار مشروعات المكافحة التي تنفذها وزارة الصحة العالمية بالتعاون مع بنك التنمية الافريقي في شرق الدلتا ، والتي تغطي محافظات : دمياط

وبورسعيد و الاسماعيلية والسويس وتمثل جدارا واقيا يحمى سيناء كما يشمل المشروع جزءا من محافظة الشرقية وينتظر ان يمتد لتغطية كل شرق الدلتا .

كذلك اخذ فى الاعتبار المشروع الذى تنفذه منظمة الامم المتحدة للأطفال بالتعاون مع وزارة الصحة ومحافظة البحيرة والذى يقوم على التعاون مع وحدات الحكم المحلى ، ويركز على استخدام فرق متنقلة تقوم بفحص وعلاج التلاميذ فى مدارسهم وينفذ هذا المشروع حاليا فى مركزى « أبو المطامير » و « ابو حمص » ويؤمل ان يمتد ليغطي محافظة البحيرة .

وقد روعى فى المشروع الجديد للدلتا الاستفادة من خبرة هذه المشروعات وتبنى فكرة الفرق المتنقلة للتغطية الكاملة لتلاميذ المدارس ، كما تضمن استنباط اسلوب جديد لمكافحة القواقع يعتمد على تحديد المجارى المائية التى تؤثر على انتشار المرض وتركيز مكافحة القواقع فيها ، مما يوفر وتكاليف المبيدات الكيميائية .

تمويل مشروعات مكافحة :

تتطلب مشروعات مكافحة البلهارسيا تكاليف باهظة ، اذ تبلغ قيمة الطن الواحد من مبيدات القواقع حاليا ١٨ الف دولار ، وتبلغ قيمة علاج المريض دولارين ، بالسعر المخفض الذى تحصل عليه وزارة الصحة من الشركة المنتجة

وغنى عن البيان ان تكلفة هذه المشروعات يصعب تدبيرها الا بتوفير اعتمادات اضافية لميزانية وزارة الصحة ، حتى يمكن دعم ميزانيتها المحدودة .

وعند بدء مشروع مصر الوسطى حققت الوزارة انجازا كبيرا فتح مجالا جديدا على المستوى العالمى لتمويل مثل هذه المشروعات ، ذلك ان وزارة القوى كانت تنفذ فى منطقة مصر الوسطى مشروعا للصرف المغطى ، حصلت من أجل تنفيذه على قرض قدره ٦٠ مليون دولار بشروط ميسرة ، ولما كان المشروع يستدعى تعميق وتوسيع ٧٧٥ كيلو مترا من المصارف القائمة وحفر ٨٦٥ مصرفا جديدا مما يؤدى الى

زيادة انتشار البلهارسيا فى المنطقة ، ويؤثر على العائد من المشروع فقد تقدمت وزارة الصحة الى وزارة الري والبنك الدولى الممول للمشروع بوجهة نظرها واقتрحت اضافة ١٠ ٪ من تكاليف المشروع لمواجهة آثاره الجانبية الضارة بالصحة .

وقد وافق البنك الدولى على وجهة نظر الوزارة وقدم قرضا ميسرا قيمته ٥٠ مليون دولار لبدء المشروع ، زيدت بعد ذلك الى ١٢٠٥ مليون دولار ، ثم زاد اهتمام البنك الدولى على ضوء نجاح المشروع فمول مشروع مصر العليا ثم مشروع الجزيرة وغرب النوبارية ، بالاشتراك مع بنك التنمية الافريقى ، وبعد ذلك قام بنك التنمية الافريقى بتمويل مشروع قناة السويس .

وهكذا أمكن توفير تمويل يزيد على ستين مليونا من الجنيهات لهذه المشروعات ، والتى تغطى كلا من : الصعيد ومنطقة القناة ودمياط وأجزاء من الدقهلية والشرقية ومنطقة غرب النوبارية .

تطور تكنولوجيا مكافحة

فى مجال التشخيص :

لم يعد المطلوب فقط معرفة وجود الإصابة أو عدمها ، بل أصبح لازما ان تحدد شدة الإصابة ، ويتم ذلك بوسائل التشخيص التى تحدد عدد بويضات البلهارسيا ، حيث ان التأثيرات المرضية ترجع الى كمية البويضات التى تفرز فى الجسم .

ويطبق هذا الاسلوب حاليا فى مصر من خلال المسح الصحى ، مثل المسح الذى أجري فى الدلتا فى عام ١٩٨٢ ، وفى عمليات التقييم التى شكلت لها فريق على مستوى كل محافظة تتولى تقييم التطور الوبائى للمرض فى ثلاث قرى من كل مركز ادارى .

كما روعى فى مشروع الدلتا ، الذى تم اعداده ان يعمم اسلوبه فى جميع الوحدات

فى مجال العلاج :

بعد ان استمرت حقن الطرايطر فى العلاج الامثل والوحيد على مدى سنين طويلة ، تم اكتشاف انوية اخرى ثبت فاعلية بعضها ، ولم

يجمع ويجفف ، ويتم توزيعه بعد ذلك مما يرفع التكاليف ، كما أن فاعليته تعتمد على وجوده بتركيزات عالية ، ولإزالة الأمر موضع تجارب تشجيعها وزارة الصحة وتساهم في تقييمها .

هذا وقد أظهرت الأبحاث الأخيرة أن عدد حالات بلهارسيا الكبد الخالصة قليل نسبيا بينما حالات إصابة الكبد بالفيروس وحده أو بالاشتراك مع البلهارسيا تفوق بكثير حالات البلهارسيا الخالصة .

كما أثبتت هذه الأبحاث أيضا أن المضاعفات الخطيرة القاتلة مثل نزيف الدوالي والاستسقاء أكثر حدوثا في الحالة الأخيرة ، الأمر الذي يتضح منه الدور الكبير الذي يقوم به الفيروس في إصابات الكبد ، وحده أو بالاشتراك مع البلهارسيا ، ولقد توجهت الأبحاث العالمية أخيرا بتجهيز « طعم » يقي من إصابات الكبد بالفيروس وثبت أن له أثرا حاسما في وقاية المواطنين من هذه الإصابات .

الخلاصة : يلخص هذا التقرير في النقاط الأساسية الآتية :

- أن معدل انتشار البلهارسيا هيماتويوم (البولية) قد انخفض من ٦٠ ٪ في ١٩٣٥ إلى حوالي ١٠ ٪ على مستوى الجمهورية في عام ١٩٨٤ ، مع مراعاة أن تقدير معدل الانتشار قد تم بأسلوب العينة الممثلة في هذين التاريخين .

- أن خطورة البلهارسيا البولية تكمن في علاقتها الوثيقة بسرطان المثانة ، ومعنى ذلك أنه يمكن في المستقبل أن تقل هذه الحالات نتيجة انخفاض معدل انتشار البلهارسيا البولية .

- أن معدل انتشار البلهارسيا مانسونائ (المعوية) قد انخفض في عام ١٩٥٥ إلى ٩ ٪ ، بعد أن كان في عام ١٩٣٥ - ٣٢ ٪ ، غير أنه ارتفع في النصف الثاني من السبعينات ، بحيث أصبح معدل الانتشار في الدلتا مترواحا بين ٢٠ ٪ و ٥٩ ٪ مما يؤدي إلى مضاعفات هذا النوع من المرض وتأثيره على الكبد .

- أن أعلى معدل انتشار وأعلى شدة إصابة تقع في فئة العمر من ٦-١٤ أي أن المعدل في هذه الفئة أعلى بكثير من المعدل العام في

يستقر استخدام البعض الآخر بسبب الأغراض الجانبية التي تنشأ عن استخدامه ، وفيما يلي عرض لهذه الانوية :

- عقار « الاميلهار » ويعطى عن طريق الفم ، ويصلح لعلاج جميع أنواع البلهارسيا ولكن نشوت مؤخرا تقارير تشير إلى احتمال أحداثا سرطانية نتيجة تعامله مما أدى إلى وقف استخدامه .

- عقار الاوكسامتيكوين ويعطى عن طريق الفم يقتصر تأثيره على البلهارسيا المانسونائ وليس له أغراض جانبية ولكنه غالى الثمن .

- عقار الهايكانثون « ويعطى عن طريق الحقن مرة واحدة ، وقد يتكرر بعد تسعة شهور ، ولكن له تأثيرات سنية على الكبد .

- عقار « الميترونيت » وهو رخيص الثمن ، ويعطى عن طريق الفم ويقتصر تأثيره على البلهارسيا الهيماتويوم ، وهو المستخدم في مشروعات الوجه القبلى

-عقار البرازيكرانتيل ويعطى عن طريق الفم ، ويؤثر على جميع أنواع البلهارسيا وهو غالى الثمن ، ولكن امكن - عن طريق الصحة العالمية - تخفيض الثمن للوزارة ، في مجال مكافحة القواقع :

لإزالة افضل مبيد كيماوى حاليا هو مبيد البايكوسيد برغم ارتفاع ثمنه ، ويمكن التغلب على ذلك بتطوير اسلوب المكافحة بحيث تقل كمية المبيد اللازمة بتركيز استخدامه في الترع والمصارف التي تتركز فيها العدى .

وقد تزايد الاهتمام مؤخرا بالمبيدات ذات الاصل النباتى ، وأهمها مبيد الانود وهو نبات حبشى ، له ثمر يشبه التوت ، يحتوى على مادة السابونين .

وقد أجريت دراسات على نبات مصرى هو الدمسيصة ووجدت بأوراقه وزهوره عناصر قاتلة للقواقع وكان من الممكن توجيه الفلاحين إلى زراعته على شواطئ المجارى المائية ، ولكن ثبت حاجته إلى اتمام غمره في الماء ، ويستدعى الانتفاع به أن يزرع بالطريقة الملائمة ثم

السكان ، وإن هذه الفئة تعادل السن المدرسى ويقع أكثر من نصفها ضمن طلبة المدارس الابتدائية .

- أنه مع انخفاض انتشار البلهارسيا البولية - حتى أصبحت جملة الاصابات بنوعى البلهارسيا أقل مما كانت فى الخمسينات - إلا أن البلهارسيا لازالت مشكلة صحية ذات أولوية أولى فى مصر .

- أن مكافحة البلهارسيا ينبغي ألا تقتصر على الالتهابات البولية والمعوية بل يجب أن تمتد لتشمل تأثير المرض على الكبد (بلهارسيا فيروس) والذي يحول البلهارسيا العادية الى مرض ذى خطر مدمر صحيا واجتماعيا .

- لدينا استراتيجية لمكافحة البلهارسيا فى جميع قطاعات الجمهورية وخطط معدة لكل منطقة ، ولكن تحتاج لتدخل مجال التنفيذ ، الى تدبير مقوماتها ، وفى مقدمتها مصادر التمويل الحكومية والشعبية والدولية .

- اعطيت الاولوية لمكافحة البلهارسيا فى الوجه القبلى ، نظرا لتحويل رى الحياض الى رى مستديم ، والملاحظ ظهور القواقع الناقلة للبهارسيا مانسونى (المعوية) فى مجارى المياه بالوجه القبلى .

- أنه قد أمكن الحصول على تمويل بقروض ميسرة من البنك الدولى وبنك التنمية الافريقى لتغطية جميع مشروعات : الوجه القبلى ، ومحافظات قناة السويس ومحافظة دمياط ، وأحد مراكز الدقهلية (المنزلة) ، ومركزين من محافظة الشرقية .

- أن اكتشاف عقار قادر على شفاء البلهارسيا بجرعة واحدة عن طريق الفم قد طور استراتيجية المكافحة ، بحيث أصبح ممكنا الاعتماد على فحوص المواطنين وعلاج المرض كسلاح رئيسى فى المكافحة ، مع دعم ذلك بجهود محددة فى مكافحة القواقع الناقلة للبلهارسيا ، بحيث يوجه ذلك الى مناطق تعرض المواطنين للعوى .

- أن الهدف من مكافحة البلهارسيا ليس استئصال المرض تماما ، لاتفاق العلماء والمتخصصين على استحالة ذلك فى الوقت الحاضر على

الأقل ، ولكن المستهدف هو ما يأتى :

× الاقلال من حجم المشكلة ، بحيث لاتصبح المشكلة الصحية الأولى ، وبحيث يكون المعدل العام بأقل من ١٠ ٪ .

× الاقلال من التأثير المرضى للعوى بالبلهارسيا والمضاعفات الناتجة عنه .

- أن ارتفاع وعى المواطنين ومشاركتهم فى مكافحة المرض ، هو السلاح الرئيسى الذى يتضمن تحقيق النجاح ودوامه .

التوصيات

وعلى ضوء هذا التقرير ، وما دار حوله فى من مناقشات وما عرض من آراء واتجاهات يوصى بما يأتى :

فى السياسة العامة :

* إعطاء أولوية متقدمة لمشكلة البلهارسيا ، بحيث تعتبر مكافحتها مهمة قومية لما لهذا المرض من آثار سلبية على الحياة الاجتماعية الاقتصادية للبلاد وعلى معدلات التنمية فى الحاضر والمستقبل .

* يعتبر هدف السياسة العامة هو السيطرة على المرض ، بحيث تقل معدلات الإصابة العامة عن ٥ ٪ بحلول عام ٢٠٠٠ وذلك يتطلب توجيه الجهود نحو المكافحة فى المناطق والفئات العمرية ذات معدلات الإصابة المرتفعة .

* تنظيم حملة قومية للمكافحة يشارك فيها المجتمع - أفرادا وجماعات - فى كل انحاء الجمهورية بهدف السيطرة على هذه المشكلة وبحيث تركز جهود كل القطاعات المعنية فى أعمال التخطيط والمكافحة كل بحسب امكاناته واختصاصه .

* يسند دور رئيسى لشبكة الرعاية الصحية الأولية التى تغطى الريف والحضر ، والتى يمكن - بزيادة قدراتها وامكاناتها - أن ترتفع كفاءتها ، سواء فى الترجية أو فى التشخيص أو فى العلاج أو فى المتابعة اللاحقة .

* تنشأ لجنة قومية عليا لمكافحة البلهارسيا ، تتولى المهام

الإشرافية والتنسيقية مع انشاء لجان اقليمية برئاسة المحافظين تضم ممثلين لكل القطاعات المعنية ، وتتولى فى اطار السياسة تقييم ابعاد المشكلة محليا ، ومتابعة تنفيذ الخطط الموضوعية ، واشراك المجتمع المحلى فى كافة الأنشطة ذات الصلة بمشكلة البلهارسيا ، ثم متابعة الموقف للبلهارسيا عاما بعد عام .

فى الأجهزة والقطاعات المعنية :

* تشترك الجامعات المصرية - كل فى نطاقه الجغرافى - مع أجهزة وزارة الصحة الاقليمية وغيرها من الجهات المعنية فى تقدير حجم المشكلة فى المحافظات ، وفى مكافحتها كواجب قومى

* يكون لوزارة التربية دور فعال فى اتخاذ الاجراءات الكفيلة بمواجهة المشكلة بالنسبة لطلبة المدارس ، ليس فقط بالمعونة فى اكتشاف المرضى ومعالجتهم ولكن أيضا بتوعيتهم وتعريفهم بأساليب الوقاية من الاصابة بالبلهارسيا مع محاولة الوصول ، عن طريقهم ، الى توعية وعلاج أسرهم ، نظرا لأن سن انتشار هذا المرض هو السن المدرسى ، من ٥ سنوات الى ١٥ سنة .

* يكون للقوات المسلحة دور رئيسى ، يشمل - الى جانب اكتشاف المرضى من المجندين وعلاجهم - تثقيف المجندين بشأن الجوانب المختلفة لمشكلة البلهارسيا ، حتى يصبحوا أداة تغيير وتوعية فى البيئة التى سيعودون اليها بعد انتهاء خدمتهم العسكرية .

* يتم التنسيق والتعاون الفعال بين مختلف مراكز البحوث المعنية ، ودعمها ماليا وفنيا ، مع الربط بينها وبين المراكز المماثلة فى الخارج ، والعمل على تكوين جيل من الباحثين المتخصصين فى مشكلة البلهارسيا .

* تهتم المشروعات الانمائية الكبيرة - وخصوصا مشروعات

استغلال المياه بمشكلة البلهارسيا ، وذلك عن طريق :

× ان تشمل دراسات الجدوى لكل مشروع انمائى جديد قسما خاصا بالآثار الجانبية للمشروع من الناحية البيئية والصحية .

× ان تتضمن ميزانيات هذه المشروعات الاعتمادات اللازمة لاتقاء

مشكلات الآثار الجانبية او مواجهتها .

فى التعاون الدولى والمتابعة :

* الاهتمام بالتعاون الدولى الثنائى فى المجالات الخاصة بمشكلات البلهارسيا بما يتيح تبادل الخبرات ، والانتفاع بالامكانيات المشتركة فنيا وبحثيا وماديا ، وخاصة مع الدول التى تشكل البلهارسيا فيها مشكلة صحية مؤثرة .

* تنمية التعاون مع المنظمات الدولية ذات الصلة مثل : البنك الدولى ، ومنظمة الصحة العالمية ، و اليونيسيف ، ومنظمة الأمم المتحدة للبيئة ، وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية وغيرها ، بهدف تبادل المعلومات واتاحة المكنات الفنية والمادية .

× عقد مؤتمر قومى دورى البلهارسيا ، كل ثلاث سنوات ، بحيث يتحقق من خلاله ما يأتى :

- متابعة تقييم الموقف حاليا .

- استعراض آخر ما توصل اليه النشاط العلمى محليا وعالميا .

- مراجعة خطط العمل المنفذة .

- الاتفاق على ما ينبغى عمله فى المرحلة التالية .

فى اجراءات المكافحة :

* تطبيق عدة مداخل للمكافحة فى وقت واحد ، كإبادة القواقع وعلاج المرض واصحاح البيئة ، مع توى المرونة فى انتقاء المداخل المناسبة وفقا للظروف السائدة فى كل حالة .

على ان تمتد المكافحة لتشمل مدى تأثير البلهارسيا على الكبد (بلهارسيا + فيروس) حيث تتحول البلهارسيا العادية الى مرض ذى خطر مدمر ، صحيا واجتماعيا .

* تركيز الجهود على فحص ومعالجة اطفال السن المدرسى ، سواء اكانوا ملتحقين او غير ملتحقين بالمدارس وتتعاون جميع التعاون التابعة لوزارة الصحة وغيرها فى الريف والحضر ، فى اجراء الفحوص العملية اللازمة وتقديم العلاج المناسب ومتابعة المرضى مع التعاون الكامل من

المدارس فى هذا المجال .

* تعزيز الوحدات المعنية بمكافحة البلهارسيا فنيا وماديا وبشرى ،
وذلك بتوفير القوى العاملة المدرسية ، والمبيدات والعقاقير والتجهيزات
اللازمة وتوفير الحوافز لحفز العاملين كالمنج والبعثات للأطباء والفئات
المعاونة .

* دراسة امكانات انتاج المبيدات والعقاقير اللازمة محليا ، ويحث
احتمالات استخدام النباتات الطبية المتوافرة فى البيئة المصرية فى
اعمال مكافحة وذلك بتوفير المواد اللازمة واقتصادا فى النفقات .

* اعطاء اولوية للحصول على طعم فاكسين للحد من انتشار
اصابات الكبد من الفيروس والتخفيف من آثارها الصحية الخطيرة ،
وذلك بالعمل على نفقات تكنولوجيا هذا الطعم وتصنيعه محليا - اذا ما
تعذر استيراده للحاجة الى العملة الصعبة - بعد ان تثبت فاعليته .

تعميم طرق فحص البول والبراز الحديثة التى ثبت عالميا انها تعطى
نتائج دقيقة ، والاهتمام باستخدام هذه الطرق فى جميع الوحدات
العاملة فى هذا المجال .

* تعزيز مراكز البحوث القائمة - مثل معهد تيودر بلهارس ، ومعهد
بحوث طب المناطق الحارة ، واكاديمية البحث العلمى ، والأقسام المعنية
بكليات الطب - فنيا وماديا والعمل على سرعة اقامة مركز بحوث
البلهارسيا الذى ينشأ الآن على بحيرة السد العالى ، وتشجيع اعمال
البحث حول ايكولوجية القواقع وطرق مكافحتها ، وحول علاج المرض
وأفضل العقاقير المناسبة للمريض المصرى .

* عند الوصول الى معدل ١٠ ٪ الموصى به ، فى اى منطقة
جغرافية معينة يجب الاستمرار فى اتخاذ اجراءات صيانة النتائج عند
هذا الحد ، بما فى ذلك تدبير مراقبة البيئة والقواقع وفحص عينات
مناسبة من السكان وذلك حتى لاتعود المعدلات الى الارتفاع من جديد .
* لما كانت دراسات الفاقد الاقتصادى الناتج عن مرض البلهارسيا
لم تتوصل الى تحديد قيمة الفاقد على مستوى عالمى وانما تراوحت بين

١٥ ٪ و ٣٥ ٪ من الناتج القومى وذلك وفقا لاختلاف المعايير المستعملة
فى الدراسات المختلفة ، فمن المرغوب فيه ان تجرى دراسة دقيقة
للجانب الاقتصادى لمشكلة البلهارسيا فى مصر من اجل تقدير حجم
الخسائر ، وبالتالي مقدار العائد الاقتصادى الذى سيتحقق نتيجة
 للسيطرة على المرض وخفض معدلات انتشاره .

* حتى تنجح الحملة القومية ضد البلهارسيا فى تحقيق أهدافها
لا بد ان يتوفر التمويل الكافى وينبغى اتخاذ كافة التدابير التى تحقق
ذلك من مختلف المصادر الحكومية والشعبية والنولية .

* اتخاذ الاجراءات اللازمة لتحسين البيئة وخصوصا فى الريف
وذلك بتوجيه الجهود مركزيا واقليميا فى هذا الاتجاه لما للبيئة من أثر
جوهري على معدلات انتشار المرض .

فى الإعلام والتوعية :

* العمل بمختلف الوسائل على توجيه المواطنين الى السلوك الصحى
السليم وذلك على محورين :

- عدم تلويث مياه الترع والمصارف بأى نوع من أنواع المخلفات
والفضلات .

- التوجيه الى الاستفادة من شبكة الخدمات الصحية المتوافرة ،
لحصول المواطن على العلاج مما يؤدي الى الاقلال من حدوث
المضاعفات .

* ان تتضافر جهود الهيئات الآتية فى توعية الرأى العام وتنقيفه
وتحذيره :

- وزارة الاعلام بمختلف اجهزتها وخاصة الاذاعة والتليفزيون مع
النظر فى ان يكون الاعلام - فى كل ما يتصل بالبلهارسيا - مجانيا ،
كنوع من الخدمة القومية .

- وسائل الاعلام الجماهيرى ولا سيما الصحافة ، لما لها من أثر
جوهري فى توجيه الرأى العام .

- أجهزة التوعية الدينية و دور العبادة لما لها من أثر فعال بين

المواطنين ، العاملين فى مجالات الخدمات والشئون الصحية ، باعتبارهم مصدرا مباشرا للمعلومات ، وخاصة بالنسبة للمواطنين فى القرى .

الملاريا

يعتبر مرض الملاريا من بين الامراض التى عرفت بمصر فى العصور القديمة ، أما فى العصور الحديثة ، فقد وجدت تقارير ، منذ القرن الخامس عشر ، عن حالات للملاريا ظهرت فى انحاء متفرقة من البلاد .

وفى سنة ١٩٠٠ ، قدر أن حوالى ثلث سكان منطقة قناة السويس يعانون من هذا المرض وقد اكتسح وباء الملاريا جنوب مصر عام ١٩٤٢ ، نتيجة لغزو بعوض الجامبيا الوافد من السودان ، اذ تسبب فى حدوث ١٢٠٠٠ حالة وفاة ، غير ان حملة المكافحة التى نظمت حينذاك تمكنت من استئصال بعوض الجامبيا ، ومن ثم قضى على الوباء تماما ، عام ١٩٤٥ ، وقد عاودت هذه البعوضة غزوها لمصر عام ١٩٥٠ ، حيث امكن القضاء عليها مرة ثانية ، فى فترة وجيزة ، دون ان تسبب وباء .

الوضع الحالى لمرض الملاريا بمصر

يتسم مرض الملاريا ، فى مصر بحالته غير المستقرة ، فمذ بعض سنوات ظهرت تفشيات لهذا المرض فى اماكن مختلفة ، ترجع اساسا لتغير الظروف المناخية التى تؤدى الى زيادة ملحوظة فى كثافة واعداد نواقل المرض الحشرية ، وذلك على نحو ما حدث خلال الفترات : ١٩٦٠/٥٨ ، ١٩٧٢/٧٠ ، ١٩٨٣/٨١ .

ويظهر من تتبع معدلات الاصابة بهذا المرض فى مصر ، منذ عام ١٩٤٠ وحتى عام ١٩٨٣ ان معدل الاصابة بالملاريا فى نقص مستمر . غير أن عوامل البيئة المهيئة لتوالد البعوض الناقل للملاريا ، تشير الى احتمال تعرض معظم المحافظات للاصابة بهذا المرض .

ومن خلال الدراسات التى تم نشرها خلال الاعوام ١٩٧٨ الى ١٩٨٤ ، والمتعلقة بنتائج المسح الطفيلى لهذا المرض فى محافظات

الفيوم وسيوه وأسوان ، بالاضافة الى دراسة تقارير وزارة الصحة خلال السنوات ١٩٨١ ، ١٩٨٢ ، ١٩٨٣ يمكن استخلاص ما يلى :

- ان المرض موجود بمعدلات مختلفة فى بعض محافظات الجمهورية وتخلو منه بعض المحافظات القليلة .

- ان أعلى معدلات الاصابة بالمرض بين السكان توجد فى محافظات كفر الشيخ والقليوبية والجيزة والفيوم ، وقد لوحظ فى قرية ابهيث مركز سنورس بمحافظة الفيوم ، أن المرض موجود بمعدلات مرتفعة وبصورة مستمرة .

- انه يوجد نوعان من طفيلي الملاريا هما : بلازموديوم فيفاكس ويسبب الملاريا الحميدة ، ولانزموديوم لفالسيسيوم ويسبب الملاريا الخبيثة . ولا توجد اى شواهد على وجود اية انواع أخرى من الطفيليات التى كانت موجودة بمصر فى بعض الأوقات ، مثل بلازموديوم مالارى الذى يسبب الملاريا الرباعية ، وبلازموديوم اوغالى المسبب لمرض الملاريا اوغالى .

- ان جميع حالات الملاريا المسجلة بالمحافظات المختلفة هى من النوع الحميد ، الا فى محافظة الفيوم فان حالات الملاريا ترجع الى كلا النوعين من الطفيلي (الفيفاكس والفالسيسيوم) .

النواقل الحشرية للمرض وتوزيعاتها :

من المعروف ان مرض الملاريا ينتقل الى الانسان عن طريق لدغ بعوض الانوفيلس له . ومن نتائج الدراسات التى تمت أمكن حصر وتحديد ١٢ نوعا من نوع الانوفيلس بمصر ، بينها نوعان فقط هما المسئولان عن نقل المرض وهما :

انوفيلس فرعونى وهو الأكثر انتشارا ، حيث يوجد غالبا بجميع انحاء البلاد ، ما عدا واحة سيوة . ويعتبر الناقل الرئيسى للملاريا بمصر ، بالرغم من كفايته المحدودة فى نقل المرض .

انوفيلس سرجنتى : وهو أقل انتشارا عن النوع السابق ، حيث يمكن اعتباره من الأنواع الصحراوية ، وينتشر حاليا بالفيوم والواحات

وسيناء وهو أكثر كفاءة في نقل المرض .

وقد بينت الدراسات التي تمت في الفيوم ان هناك ارتباطا بين توزيع نواقل الملاريا وبين أنواع الملاريا . حيث وجد ان حالات الملاريا الخبيثة تنتشر في الاماكن التي توجد بها الأنوفيلس السرجنتي اما الملاريا الحميدة فتوجد بالاماكن التي يوجد بها أي نوع من النوعين من البعوض (الفرعوني والسرجنتي) .

خطة مكافحة الملاريا :

تنفذ الخطة القومية لمكافحة الملاريا أساسا من خلال وحدات الملاريا الرئيسية والفرعية المنتشرة بجميع انحاء الجمهورية وتشرف عليها فنيا الادارة العامة للملاريا والفيلايريا بوزارة الصحة بالقاهرة ، اما من الناحية الادارية فانها تتبع مديريات الشئون الصحية بالمحافظات المعنية .

ويتبع ادارة الملاريا ١٠٣ وحدة رئيسية ، ٢٠٠ وحدة فرعية وهي موزعة على المراكز المختلفة بالجمهورية .

البحوث والدراسات الخاصة بالملاريا :

تقوم معاهد البحوث التابعة لوزارة الصحة ، ومراكز البحوث بكليات الطب ، بدراسات معملية وحقلية مجموعة من الاهداف في مقدمتها :

- تطوير وسائل التشخيص باستخدام الطرق المعملية الحديثة .

- دراسة مفصلة عن أنواع النواقل ، على ضوء ما حدث من تغيرات طرأت على البيئة المصرية حتى يمكن اعداد خطة متكاملة لمكافحة النواقل ، أخذين في الحسبان مختلف طرق المكافحة مثل الرش الجوي بالطائرات والوسائل البيولوجية .

- مدى التأثير بفاعلية المبيدات الحشرية المستعملة لاسباب صحية وزراعية .

- دراسة ديناميكية نقل عدوى الملاريا ودرجة توطن المرض ومعرفة موسم الملاريا وموسم نقل العدوى ، بهدف وضع خطة متكاملة لمكافحة العدوى .

الاحتمالات المستقبلية :

من نتائج الدراسات المتعددة ، يمكن القول بأن هناك بعض المناطق بمصر جدية بالاهتمام ، لما لها من طبيعة خاصة يمكن ان تؤثر على موقف الملاريا بمصر وهي : الفيوم ، واحة سيوة سيناء وأسوان ،

الفيوم :

بالرغم من عمليات المكافحة التي تجرى في هذه المحافظة ، الا أن المرض يتواجد ببعض المناطق على مدار السنة (قرية ابهيت) الأمر الذي يستدعي تكثيف الجهود لدراسة كافة العوامل المؤدية الى ذلك في ضوء اجراءات المقاومة المتخذة حاليا .

واحة سيوة :

فقد تم عمل مسح ميداني في اماكن متفرقة بواحة سيوة وأثبت وجود حالات في منطقة أبو شرون ويستلزم الأمر وضع خطة لدراسة متعمقة في هذا المكان . ولقد كانت المنطقة حتى وقت قريب تكاد تكون منعزلة نسبيا ، الا ان استكمال انشاء الطريق بينها وبين مرسى مطروح منذ سنة تقريبا ، وما يستتبع ذلك من الزيادة المتوقعة في الحركة البشرية من الواحة واليه ، يستوجب سرعة الاهتمام بها .

سيناء :

تعتبر سيناء من أهم مناطق الجمهورية من الوجهة الحشرية فيما يتعلق بالبعوض الناقل للملاريا ، حيث يوجد بها اكبر عدد من انواع بعوض الأنوفيل (٨ انواع) منها اربعة انواع تعتبر نواقل معروفة للملاريا وبالرغم من عدم اجراء أى مسح لحالات الملاريا حديثا بسيناء ، الا ان الدراسات السابقة ، دلت على وجود المرض ببعض الاماكن بها . ومن المتوقع مع الزيادة السكانية وحركة استيطان البو ، وزيادة الحركة والانتقال ما بين سيناء والوادي ، ان يزداد نشاط المرض ، لذا فان الدراسات تعتبر ذات أهمية خاصة في هذه المنطقة .

أسوان :

تعتبر أسوان من الناحية الجغرافية من أهم مناطق الجمهورية. فهي

خالية من أى حالة ملاريا ، وذلك عن طريق المسح الطفيلي للمرض ومعالجة أى حالة ايجابية تظهر .

واستمر العمل بهذا البروتوكول منذ توقيعه حتى الآن ، وتؤكد النتائج أن حدود الجامبيا متوقفة عند حوالى ١٥٠ كم جنوب حلفا . كما أن الدراسة المشتركة التى قام بها مركز البحوث والتدريب فى مكافحة ناقلات الامراض بجامعة عين شمس بالاشتراك مع مركز مكافحة الجامبيا بأسوان خلال عامى ١٩٨٣ - ١٩٨٤ لم تثبت وجود بعوض الجامبيا فى أسوان الا أن هناك من العوامل التى طرأت على هذا الموقف المستقر وبأى ما يتطلب إعادة النظر فى الاجراءات المتخذة وتمثل هذه العوامل فيما يلى :

- زيادة حركة النقل مابين السودان ومصر نتيجة لانشاء عدد من الخطوط الجوية والبرية والنيلية .

- سياسة التسكين ببحيرة ناصر ، وما يستتبعها من زيادة سكانية على جوانب ابحيرة وجزرها .

- الخطط الموضوعية لتنمية بحيرة ناصر فى المجالات الزراعية وغيرها .

- تغير نظام الرى ، من رى الحياض الى الرى الدائم ، وارتفاع منسوب المياه فى المنطقة المحيطة بالبحيرة .

مما تقدم يمكن القول ان الملاريا فى الوقت الحالى لا تمثل مشكلة كبيرة فى مصر ، الا ان كافة الظروف مهيأة كى تجعل منها مشكلة قد يصعب التغلب عليها مستقبلا ، مع أخذ العوامل الآتية فى الاعتبار :

- ان البروتوكول المعمول به بين مصر والسودان ، من سنة ١٩٧٠ لمكافحة بعوض الجامبيات ، يحتاج الى التعديل بحيث يواجه انشاء الطرق الجديدة الجوية والبرية والنيلية بين مصر والسودان .

- الاتجاه حاليا لزراعة السلالات الحديثة من الأرز التى تنمو طوال العام ، حيث تعتبر حقول الأرز من أهم أماكن توالد البعوض الناقل للملاريا .

المدخل الجنوبي لمصر من ناحية السودان وقد اكتسبت أهمية خاصة بعد انشاء السد العالى وتكوين بحيرة ناصر خلفه ، مما أدى الى زيادة خطر غزو بعوض الجامبيا للأراضى المصرية من السودان . وادراكا لهذا الخطر فإن حكومتى مصر والسودان وقعتا اتفاقا للتعاون الصحى والطبى فى عام ١٩٧٠ ، الحق به بروتوكول لمكافحة بعوض الجامبيا على طول ٧٥٠ كم ، من مدينة اسوان شمالا حتى قرية أبو فاطمة جنوبا فى السودان ولتتابع الأعمال المنصوص عليها بالبروتوكول تشكل فريق استكشاف مشترك من الخبراء من كلا الجانبين ، كما تكونت لجنة مشتركة للجامبيا لمتابعة سير العمل وتقييمه ، وتتخصص نقاط البروتوكول فيما يلى :

١- استكشاف شواطئ وجوانب بحيرة ناصر مرتين سنويا بواسطة الفريق المشترك وقد عدلت اللجنة العليا المشتركة ذلك وجعلته مرة واحدة سنويا .

٢ - استكشاف جوانب البحيرة ثلاث مرات فى العام بواسطة كل فريق على حدة .

٣- رش جميع وسائل الانتقال النهري بالمبيدات اثناء رسوها فى حلفا وأبو سمبل وميناء السد العالى ، مع رشها دوريا بالمبيدات ذات الأثر الباقى .

٤- رش جميع القطارات بالمبيدات قبل وصولها الى حلفا .

٥- رش ودهان جميع المنازل فى حلفا ومنطقة السد العالى بالمبيدات ذات الأثر الباقى .

٦- استمرار عمليات الاستكشاف والمكافحة بأسوان وبحيرة ناصر فى الجانب المصرى وأيضا فى المنطقة بين حلفا ودال فى الجانب السودانى .

٧- استكشاف ومكافحة جميع أماكن التوالد فى المنطقة بين دال وأبو فاطمة بالإضافة الى رش المنازل بالمبيدات فى هذه المنطقة .

٨- اتخاذ جميع الوسائل لجعل المنطقة من اسوان الى أبو فاطمة

السلالات الحديثة من الأرز التي تنمو طوال العام وأن تهتم وزارة الصحة كذلك بالتعاون مع وزارة استصلاح الاراضى والمجتمعات الجديدة - بتشديد مراقبة بيئة المجتمعات العمرانية الجديدة وجميع المشروعات الانمائية الأخرى ، ولا سيما مشروعات استخدام المياه أخذين فى الحسبان ما لهذه المشروعات من آثار صحية محتملة ، وخاصة ما يتعلق منها بالملايا وأن تتضمن ميزانياتها الاعتمادات الكافية باتخاذ التدابير اللازمة اثناء المراحل التخطيطية لمنع توالد البعوض اتقاء لحوث المرض بمواقع هذه المشروعات .

* انشاء وحدات للملايا فى المواقع المعنية لتقوم بمراقبة الموقف الحشرى والوبائى فى مناطقها منذ البداية
* وضع خطة شاملة للمكافحة المتكاملة لناقلات المرض تستخدم فيها مختلف الوسائل الكفيلة بمكافحة الناقلات ، مع مراعاة الظروف البيئية السائدة .

* الاهتمام بمواصلة البحث والمراقبة والاستقصاء حول أوضاع البعوض الناقل للملايا ، وحول معدلات الاصابة والانتشار بين المواطنين وبصورة خاصة فى بؤر التوطن على ان تساهم فى هذه العمليات (الى جانب وحدات الملايا الرئيسية والفرعية) كافة المراكز البحثية المعنية ، وأن تسهم فى أعمال المراقبة والوقاية والعلاج ، شبكة الرعاية الصحية الأولية فى الريف والحضر ، وأن تزود لهذا الغرض بما يلزم من اخصائيين وأفراد وتدريب وامدادات مع دعم مراكز بحوث الحشرات التابعة للوزارات أو الجامعات وتشجيعها على مواصلة دراسة تطورات انتشار مختلف نواقل المرض وعاداتها ومدى مقاومتها للمبيدات الحشرية بحيث تكون تلك العوامل تحت المراقبة المستمرة لرصد ما قد يحدث من تغيرات ربما تقتضى تغيير اجراءات الوقاية والمكافحة .

* تشجيع التعاون الدولى والثنائى فى مجال مكافحة الملايا ، حتى تستمر السيطرة على اوضاع هذا المرض فى مصر مع متابعة ما يحدث فى العالم الخارجى من تطورات فى هذا المجال ، وخاصة موضوع التوصل الى لقاح ضد الملايا ويجرب الآن فى بعض مراكز البحوث فى الخارج .

- نظرا للاستخدام الواسع للمبيدات الحشرية ، سواء للاغراض الصحية أو الزراعية فإن كثيرا من انواع النواقل الحشرية قد اكتسبت مناعة ضد غالبية هذه المبيدات .

- التوسع العمرانى والسكانى بأحاء كثيرة من الجمهورية ، وما يستتبع ذلك من انتقال السكان من منطقة الى أخرى ، او من مناطق تواجد الملايا الى أى من المناطق الخالية من المرض .

- الزيادة فى أعداد المصريين العاملين بالخارج ، وخاصة فى مناطق تتوطن فيها الملايا ، وعودتهم اثناء الاجازة واحتمال اصابتهم بالمرض اثناء فترة العمل .

- الزيادة فى أعداد القادمين من السودان ، حيث ينتشر المرض ، خصوصا نوع الفالسيبرم ذو المقاومة العالية للعلاج .

كل هذه العوامل تستلزم تطوير برامج المكافحة والوقاية من مرض الملايا ، ويمكن الاسترشاد فى ذلك بنتائج البحوث التى تم نشرها والتى تجرى فى المستقبل ، وقد جرت هذه البحوث فى اماكن مختاره كنماذج تمثل البيئات المختلفة فى مصر .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، يوصى بما يلى :

* إعادة النظر فى اتفاقية التعاون الصحى بين مصر والسودان ، والتى تنظم التعاون المشترك فى مراقبة الجامبيا ومكافحتها وتعديلها ، بحيث تأخذ فى اعتبارها الأوضاع الجديدة التى طرأت فى منطقة السد العالى وبحيرة ناصر ، وان تشتمل على الاجراءات الوقائية المناسبة لمكافحة البعوض فى وسائل المواصلات المختلفة : البرية والنيلية والجوية وتشديد المراقبة الصحية على المسافرين بين البلدين ، واتخاذ اجراءات اصحاح البيئة الكفيلة بمنع توالد البعوض فيما حول البحيرة وفى المناطق الزراعية .

* ضرورة التعاون بين وزارة الصحة ووزارة الزراعة فى التدابير الكفيلة بعدم انتشار الملايا فى المواقع التى ستزرع ارزا وخصوصا

الفيلاريا

عرف مرض الفيلاريا (داء الفيل) فى مصر منذ وقت بعيد يمتد الى عصر الفراعنة ، اما فى العصر الحديث ، فقد وردت حالات فى وقت الحملة الفرنسية فى القاهرة والاسكندرية ودمياط ورشيد .
ويعتبر طفيل الفيلاريا من الديدان الاسطوانية ، وتعيش فى الغدد والأوعية الليمفاوية الموجودة فى النصف السفلى لجسم الانسان وتضع الانثى يرقات (ميكروفيلاريا) فى الدم الطرفى خلال ساعات نوم الانسان وتتم دورة الحياة فى بعوض الكيولكس عندما تلدغ الانثى المريض ، وتأخذ الميكروفيلاريا التى تتحول بعد فترة حضانة الى يرقة معدية فى اجزاء فم البعوضة ، وعندما تلدغ هذه البعوضة المعدية شخصا سليما فان اليرقة المعدية تسقط على جلد الانسان بجوار اللدغة وتخترق الجلد وتصل الى الاوعية الليمفاوية وتصبح طورا بالغا فى مدة ستة اشهر أو أكثر ، وتعيش الديدان البالغة عدة سنوات تتراوح ما بين ٨ - ١٠ سنوات ، ويقال أن الانسان لابد ان يتعرض الى حوالى ١٥٠٠٠ غصة من البعوض المعدى حتى يصاب بالعدوى .

أعراضه ومضاعفاته وعلاجه :

يحدث التهاب بالأوعية الليمفاوية يؤدي الى دوالى بهذه الأوعية وانفجارها ويحدث تورم فى الجلد ويصنع علاجه محليا الآن بشركة النيل باسم « فيلاران »

التوزيع الجغرافى للمرض :

تم عمل استكشاف للمرض فى انحاء القطر المصرى ، فى الفترة ما بين ١٩٥٥ ، ١٩٦٤ ، وذلك بفحص عينات دم شملت حوالى ٥٠٤٢٧٦ ، وكذلك تم فحص المرض لمعرفة اعراض المرض ومضاعفاته وتبين ما يأتى :

- ان مرض الفيلاريا غير موجود فى بعض محافظات الجنوب وهى : بنى سويف والغيم والمنيا وسوهاج وقنا واسوان ، ولكنه موجود فى مناطق من بين ٤٢ منطقة تم فحصها فى محافظة اسيوط وكان

٢٧٠

معدل الاصابة ٠.٩ ٪ .

- بحلول عام ١٩٦٥ اختفت الفيلاريا ومضاعفاتها من القاهرة والاسكندرية ودمياط ورشيد .

- فى الجيزة انخفضت معدلات الإصابة من ٢٨.٩ ٪ (مدى الإصابة يتراوح بين ٩ - ٤٧.٥ ٪) فى سنة ١٩١٠ الى ٤.٥ ٪ (٢.٢ - ٧.١ ٪) فى سنة ١٩٤٦ ، وأصبحت ١.٢ (صفر - ٩.١ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى البحيرة انخفضت المعدلات من (١ - ٦٢ ٪) سنة ١٩٢٦ الى ١.٥ (صفر - ٣.٣ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى منطقة القنال انخفضت المعدلات من (صفر - ٤ ٪) سنة ١٩٤٦ الى ٠.١ ٪ (صفر - ٢ ٪) فى سنة ١٩٦٥ .

- فى سنة ١٩٦٥ انحصر وجود حالات اكلينيكية بمنطقة شرق الدلتا فى محافظات القليوبية - الشرقية - الدقهلية - دمياط ، وبلغت بها معدلات الإصابة بالميكروفيلاريا ٧.٢ - ٦.١ - ٢.٧ - ١ ٪ على الترتيب .

ولقد انخفضت مضاعفات المرض التى تتمثل فى القيلة المائية وداء الفيل بالساقين الا ان المضاعفات أصبحت تظهر فى أعمار متقدمة .

انخفاض معدلات الإصابة فى الستينات :

انخفض معدل الإصابة بمرض الفيلاريا ، فى مصر خلال الستينات ، ويرجع ذلك الى الاسباب الآتية :

- نقص عدد الآبار ، وتوصيل المياه النقية الى المدن وكثير من القرى ، مثل ما حدث فى مدينة رشيد .

- برامج اصحاح البيئة التى كانت موجهة أصلا الى أمراض طفيلية أخرى ، مثل البلهارسيا والانكلوستوما ، وشملت هذه البرامج الامداد بالمياه النقية وزيادة المراحيض والصرف الصحى ، وكان لها تأثير على انخفاض معدلات الإصابة بالفيلاريا .

وقد تبين ان نقص كميات المياه الملوثة (المجارى والصرف الصحى)

نتج عنه نقص فى غذاء اليرقات وبالتالي تخفيض كثافة البعوض
عموما .

- تحسين الزراعة ونظام الري وتطهير القنوات والتحكم فى
استخدام مياه الري وكان الهدف هو تطهير القنوات من القواقع الناقلة
للبلهارسيا ، وقد ادى ذلك بالتالى الى تغيير طبيعة اماكن التوالد او
القضاء عليها ، كما أن استخدام نظام السدة الشتوية كان يقضى على
اماكن التوالد لمدة طويلة علاوة على ان انخفاض درجة الحرارة فى هذه
الشهور ادت الى طول فترة الحضانة الخارجية فى البعوض ، مما ادى
الى انخفاض عدد البعوض المعدى للفيلاiria .

- مجموعات البحوث المختلفة التى أجريت فى هذا الشأن .

- استخدام عقار الهترازان على نطاق واسع فى سنة ١٩٤١ .

- برامج مقاومة الملاريا برش المبيدات .

- زيادة استخدام المبيدات الحشرية فى المدة ما بين عامى ١٩٤٧ ،

١٩٧٠ ضد الآفات الزراعية ، ومقاومة بعوض الایدس والذباب و البق

والقمل والبراغيث .

ومما سبق يتضح انه حتى أواسط الستينات وجدت عوامل كثيرة ،
سواء كانت موجهة ضد الفيلاiria أو غيرها ، ادت الى انخفاض معدلات
انتشار الفيلاiria وشدة الاعراض الاكلينيكية والتوزيع الجغرافى للمرض
فى مصر .

التغيرات التى حدثت مؤخرا فى موقف الفيلاiria :

١- تكون المناعة فى البعوض ضد المبيدات (الأرضى سعرا)

والاكثر انتشارا فى مصر .

٢- حدوث نقص استخدام دواء الهترازان ، بسبب حدوث أعراض

جانبية لاستخدام الدواء تؤدى الى ملازمة المريض للفراش مدة طويلة .

وتنبه المرضى لذلك وامتنعوا عن تناول الدواء .

٣- دخول المياه النقية للقرى واستخدام الطلمبات فى المنازل ادى

الى ارتفاع الاصابات نتيجة عدم صيانة الطلمبات ، بالإضافة الى

قصور نظام صرف المياه الزائدة عن الحاجة ، مما ادى الى تكون

مستنقعات وبرك مناسبة لتوالد البعوض الناقل للفيلاiria .

٤ - كان لافتتاح السد العالى فى عام ١٩٧١ أثره فى بعض

التغيرات البيئية وكان من آثاره المتعلقة بمرض الفيلاiria :

- ارتفاع مستوى المياه فى الاراضى الزراعية ، مما ادى الى ان

المياه المتكونة على سطح الأرض بعد الري لا تجف سريعا وتكون أماكن

لتوالد البعوض .

- الغاء مدة السدة الشتوية التى كانت تقلل أماكن التوالد وكثافة

البعوض المعدى .

- اختفاء الطمى ادى الى زيادة نمو الاعشاب فى الترع والقنوات

وزيادة الكائنات الدقيقة (النباتية والحيوانية) التى تصلح غذاء

لليرقات .

- بطء سرعة التيار ادى الى زيادة توالد البعوض .

٥ - زيادة تحركات السكان نتيجة الزيادة فى حركة المواصلات مما

نتج عنه زيادة معدلات الفيلاiria وانتشارها الجغرافى .

وفيما يلى بيان يوضح الوضع الحالى ، وذلك بناء على الدراسات

التي اجريت بين العامين ١٩٧٤ ، ١٩٧٨ :

| المكان | المعدلات الحالية | المعدلات السابقة |
|-------------------------------|------------------|------------------|
| عرب عيسى بالقرب من القاهرة | ١٤.٩ (١٩٧٦) | |
| عزبة البرج (دمياط) | ٢٤.٢ (١٩٧٨) | ١.٢ (١٩٦٢) |
| أسيوط | ٥.٦ (١٩٧٦) | ٢.٥ (١٩٦٦) |
| بلقش (قليوبية) | ١٥.٩ (١٩٧٧) | ٢.٥ (١٩٦٦) |
| | | ٩.٠ (١٩٦٣) |

معدل انتشار ذبابة البق (بالساقيين) ٣.٧ % (بالساقيين) ٠.٨ % (بالساقيين)

والبيدين) فقط ، ١٩٦٥

لجنة مكافحة البعوض ، وزارة الصحة ، القاهرة ، ١٩٦٥

مجموعه من الدراسات التى أجريت فى مصر بين ١٩٦٥ و ١٩٧٨

بالنسبة لانتشار البعوض المعدى للفيلاiria

منذ ١٩٦٣ الى ١٩٧٨ (اقل من ٣٠ سنة) (اكثر من اربعين سنة)

أما بالنسبة للمبيدات الحشرية فإن بعوض الكيولكس يكتسب المناعة ضد المبيدات سريعا .
طرق المكافحة :

من نتائج الأبحاث العديدة التي أجريت في أماكن مختلفة ، اتضح أن فحص أى منطقة بإجراء استكشاف واحد لا يعطى المعدل الحقيقى للإصابة ، وقد أجرى تقييم لمختلف طرق المكافحة ، فمثلا طبق في قرية رش أماكن التوالد مع علاج المرضى ، وفي قرية أخرى استخدم العلاج فقط ، وفي قرية ثالثة استخدم رش أماكن التوالد فقط ، ودلت النتائج على أن أحسن طرق المقاومة هي استخدام الوسيطتين معا يليها استخدام المبيدات ثم أخيرا استخدام العلاج فقط ، وعند إعادة فحص هذه القرى وجد أن معدل الإصابة قد ارتفع عما كان عليه قبل بدء عملية المكافحة ، وقد صاحب هذا فحص اكلينكى ، اتضح منه أن درجة توطن المرض قد ازدادت ، فبعد أن كانت المضاعفات تظهر في سن متأخرة ، أصبحت تظهر في اعمار أصغر .

وفي محاولة أخرى لتحديد أنسب الأوقات لأخذ عينات الدم ، وجد أن منتصف الليل هو أنسب الأوقات ، وبالتالي فإن أخذ العينات في وقت مبكر بعد الغروب لا يظهر كل الحالات المصابة .
مما سبق جميعه يتضح أن توطن المرض يزداد ارتفاعا واتساعا في مصر .

التوصيات

نظرا لأن داء الفيلاريا من أهم الأمراض التي ينقلها البعوض في مصر ، ونظرا لأن مريض الفيلاريا لا يشفى منه وتسبب له مضاعفات المرض درجات من العجز تؤثر على كفاءته وإنتاجيته طوال حياته ، فإنه يوصى بما يلي :

* استقصاء مدى وبائية داء الفيلاريا ، حيث لم يجر منذ عام ١٩٦٥ استكشاف للمرض على مستوى الجمهورية من حيث انتشار المرض وشدة الحالات الاكلينيكية .

ويتضمن الجدول الوارد في الصفحة التالية بيانات بالعينات الملحوظة للفيلاريا والايجابى منها على مدى أربع سنوات ، من سنة ١٩٨٠ الى سنة ١٩٨٤ .

النواقل الحشرية :

ويعتبر بعوض الكيولكس ببيانز هو الناقل الأساسى للمرض في مصر ، وخاصة نوع مولستاس الذى يتكاثر في أماكن التوالد المغلقة والأبار وداخل البيوت والمياه الملوثة ، وهو يفضل دم الانسان ويعيش داخل البيوت ، وقد وجد أن كل عينات البعوض المجموعة من أماكن مختلفة من مصر - سواء كيولكس ببيانز اور ببيانز مولستاس - قابلة للعدوى بالفيلاريا بنفس الدرجة ، كما وجد أن بعوض كيولكس انتستاس وكيولكس يونيفيتاتس قابلة للعدوى .

ويحاول العلماء فصل أنواع الكيولكس ببيانز المركب فاذا اثبت أن أحد الأنواع هو المسئول عن نقل المرض دون الأنواع الأخرى ، فسوف يتبع ذلك إعادة النظر في نواقل مرض الفيلاريا في مصر وهذه الدراسة مهمة فيما يتعلق بطرق مقاومة النواقل .

وذلك أن المقاومة كانت موجهة أساسا ضد أماكن توالد بعوض الكيولكس مولستاس وأماكن راحته ، ومتجاهلة بعوض الكيولكس ببيانز ، إذ تصور البعض أن نوع الببيانز لا ينقل المرض ، حيث يتوالد ويتواجد خارج المنازل ويتغذى على دم العصفير .

وبعد دراسات مكثفة في البيئة المصرية وجد أنه بعد مكافحة نوع المولستاس داخل المنازل فإن نوع الببيانز يحل محله ، وسريعا ما يكتسب صفات المولستاس وهكذا فإن فكرة المكافحة داخل المنازل فقط ليست صائبة .

وكان هناك اتجاه نحو تقسيم النواقل الى نوعين ، حسب اختلافها في التغذية وطرق التزاوج وأماكن الراحة داخل أو خارج المنازل ، ولكن تبين أن كلا من النوعين يمكن أن يكتسب طباع النوع الآخر ، وبالتالي فإنه يجب توجيه المقاومة الى أماكن التوالد وأماكن الراحة للنوعين معا .

بيان العينات الملحوظة للفيلايريا والايجابى منها خلال المدة من ٨٠ الى ١٩٨٤

| المحافظة | ١٩٨٠ | | ١٩٨١ | | ١٩٨٢ | | ١٩٨٣ | | ١٩٨٤ | | ملاحظات |
|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|---------|
| | عدد العينات | ايجابى ميكرو | عدد العينات | ايجابى ميكرو | عدد العينات | ايجابى ميكرو | عدد العينات | ايجابى ميكرو | عدد العينات | ايجابى ميكرو | |
| الاسكندرية | ٢٦٣١ | - | ٦٣٢٥ | - | ٧٢٦٣ | - | ٣٥٣٣ | - | ٢٨٥١ | - | |
| الشرقية | ٨٥٣٨٣ | ٢٥٩ | ٨٣٠١٥ | ٣١٤ | ٨٢٢٩٨٠ | ١٨٤ | ٧٤٥٧٨٨ | ١٢٩ | ٧٦٢٠١١ | ١٣١ | |
| الدقهلية | ٥٢٠٦١ | ٨ | ٤٢١٦٠ | ٢٦٤ | ٢٧٢٨٦ | ٣١ | ٣١٦٧٢ | ١ | ٣٠٨٢٤ | ٢٧ | |
| المنوفية | ٦١٨٧٠٥ | ١٩ | ٣٠٤٢٣٦ | ٢٤٧ | ٣٩٩٠٦٥ | ٣١١ | ١٥٢٣٥٥ | ٤٥٣ | ٥٧٢٠٥ | ٣٢٤ | |
| القليوبية | ٨٦٤١٠٦ | ٩٤٦ | ٨٤٦٩٩٢ | ١٠١٥ | ٩٣٩٣٢٣ | ٩٥٨ | ٦١٦٢٩٠ | ٩٣٩ | ٣٨٩٩٠ | ٣٦٠ | |
| دمياط | ٦١٧٤ | ٦ | ٤٤٧٢ | ٦ | ١٦٤٢٩ | ١٦ | ٣٤٨ | ١١ | ٤٥٢٠ | ١٢ | |
| الغربية | ٤١٧٧٥٦ | ٧٦٠ | ٢٥٧٧٢٢ | ٨٢٥٦ | ٣٣٦٧٤ | ١٥٥ | ١٢٥٠٢٧ | ٣١٤ | ٨٤٧٠٠ | ٣٩٦ | |
| الجيزة | ٦٥٢٨١ | ٤٧٨ | ١٢٨٤٢٨ | ٥٣٣ | ٣٢٩٦٥ | ٢٣٤ | ٦٣١٢٩ | ٣٣١ | ٦٠٠٧٥ | ٢٣٢ | |
| البحيرة | ٣٣٦٢٢ | ١٠ | ٣٧٥٧٠ | ٢ | ٣٧٠٣ | ٤ | ١٩١١٠ | ١ | ٢٠٨٢٦ | ٢٢ | |
| بورسعيد | ٤٥٦٤ | ٢ | ٣٣٥٨ | ١ | ٦٦٦٤ | - | ٤٣٣٤ | - | ٤٣١٨ | - | |
| السويس | ١١١٢١ | - | ٨٣٢٨ | - | ٤٠٤٦ | - | ٥٦٥٢ | - | ١٠٧٢ | - | |
| الاسماعلية | ١٩٧٤ | - | ٤٥٤٤ | - | ٩٤١ | - | ٣٨٢٧ | - | ٣١٩٤ | - | |
| قنا | ١٢٥٦ | - | ١٣٥٠ | - | ٣٢٢٠ | - | ٢٢٤٧ | - | ٢٠٨٤ | - | |
| الفيوم | ٩٨٧٧ | ٢ | ٤٢٣٥ | - | ١١٣ | - | ٤٧١٠ | - | ٣٤٥٠ | - | |
| أسيوط | ١٦١٣٧ | ١٣ | ١٢٤٤١ | ٦ | - | - | - | - | - | - | |
| كفر الشيخ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| المجموع | ٢٩٥٩٠٥ | ٣٥٠٣ | ٢٤٩٢٧٧٦ | ٢٧٢٤ | ٢٤٤٨٠٣٠ | ١٨٣٩ | ١٧٨٤٨٣٦ | ٢١٧٩ | ١٤٣٣١٥١ | ١٥٢٠ | |

× الأسباب التي تؤدي الى حدوث المضاعفات .

× من حيث تواجد الاصابة في الجسم وكثافتها :

- دراسة امكانات استخدامات المبيدات البكتيرية - وهي موجودة أصلا في الطبيعة - وخاصة من حيث استخدامها في الزمان والمكان المناسبين .

* تقييم طرق مقاومة البعوض الناقل في مناطق التوطن من حيث :

- مدى حساسيته للمبيدات ، وجدولة استعمال هذه المبيدات في اوقات محددة ، وعدم الاستمرار في استعمالها تجنباً لتكون مناعة ضدها ، نظراً لما هو معروف عن سرعة تكون المناعة في بعوض الكيولكس .

- أماكن توالده وطرق مقاومته خارج المنازل وفي داخلها .

* تقييم علاج الفيلاريا بالهترلزان أو (الفيلاران) ، مع اختيار نظم مختلفة من العلاج ، ثم تقييم النتائج ، لمعرفة أفضل هذه النظم .

* صيانة مصادر المياه ، حيث ان تسرب المياه يمثل المصدر الأول المسئول عن تكون أماكن توالد البعوض الناقل ، ويمكن البدء في ذلك بمناطق مختاره وبالجهد الفردية لضمان الصيانة اللازمة ومنع تسرب المياه وإزالة تجمعاتها ايا كان سببها .

* التوعية والتثقيف بشأن هذا المرض بين مختلف الفئات ، ولا سيما في المناطق المعرضة ، وتعريف المواطنين بوسائل اتقائه ، وتشجيعهم على الاسهام في اجراءات مكافحته .

الجدام

نشأته : ترجع النشأة الاولى لمرض الجدام الى عام ١٥٠٠ ق . م اما ظهوره في وادي النيل لأول مرة ، فكان في منطقة دار فور بالسودان ثم انتقل منها الى مصر ، ومنها الى آسيا ثم الى الهند ومنها الى الصين واليابان وعبر آسيا الصغرى الى أوروبا حيث قلت نسبة الحالات بدرجة كبيرة ، فيما عدا بعض الدول ومنها البلاد الاسكندنافية وخاصة النرويج ، حيث تم اكتشاف جرثومة المرض عام ١٨٦٩ ، بواسطة العالم

* اعداد برامج محددة للمكافحة على مستوى الجمهورية - على ضوء نتائج هذا الاستقصاء - حيث ان ما أجرى حتى الآن لا يتعدى بعض التجارب والبحوث لتقييم الطرق المختلفة سواء للتشخيص أو للعلاج .

* يتعين ان تشارك كافة الوزارات المعنية في اعداد وتنفيذ برامج المكافحة الى جانب جهود وزارة الصحة لضمان نجاحها .

* ضرورة تزويد وحدات شبكة الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر ، بما يتطلبه الأمر من العاملين والتدريب والمواد حتى يمكنها اداء دورها بكفاءة وفعالية .

* العمل على توفير المبيدات والعقاقير اللازمة ، ومراقبة فاعليتها بصورة مستمرة .

* دراسة امكان تصنيع المبيدات والعقاقير الخاصة بهذا المرض محليا عن طريق الشركات القائمة ودعوة القطاع الخاص وتشجيعه للمساهمة في ذلك ويشترى الحوافز ضمانا لتوافرها وتخفيضاً لتكاليفها - على ضوء ما يتم من دراسات جادة للجدوى - وعدم استنزاف النقد الأجنبي في استيرادها .

* نظراً لأن البعوض يمكن أن يغير في سلوكه - على ضوء التغيرات التي يمكن ان تحدث في البيئة نتيجة للعوامل المتغيرة - فانه يتعين ما يأتي :

- اجراء دراسات متتابعة على البعوض الناقل ، من حيث عاداته وأماكن توالده وراسته ومواسمه ، ومدى حياته وتغذيته ، مع حساب نسبة العدوى ، ووسائل مقاومته .

- دراسة الطفيلي من حيث :

× العوامل التي تؤثر على انتقال العدوى من شخص لآخر .

× العوامل التي تؤدي الى تكون مضاعفات المرض في بعض الأشخاص ، وعدم تكونها في البعض الآخر .

× معدل الاصابة بالمضاعفات في الذكور والاناث .

النرويجي جانسن الذى اطلق اسمه على هذا المرض فى فترة من الفترات .

توزيعه الجغرافى : ويكثر الجذام ، حاليا ، فى اواسط افريقيا ومنطقة حوض البحر المتوسط وآسيا وخاصة الهند ، وبعض بلدان امريكا الجنوبية ، ومناطق قليلة متفرقة فى امريكا وعدد المرضى فيها قليل ، والمكسيك ، وبعض البلدان الاوربية وخاصة الجنوبية والبلاد العربية التى يتوطن المرض فى بعضها .

أما عدد مرض الجذام على المستوى العالى ، فتشير الاحصاءات الحديثة الى وجود ١٥ مليون مريض فى مختلف انحاء العالم .
سببه وأنواعه : ويسبب المرض عصوى الجذام ويشبه الى حد كبير عصوى الدرن ، وقد تصعب - الى حد ما - التفرقة بينهما ويصيب المرض مناطق ظاهرية وداخلية بالجسم ، ولذلك فهو عدوى كثير ما تعم اماكن متعددة من البدن .

ويمكن تقسيم أنواع المرض الى ثلاث مجموعات كبيرة هى : الجذام العقدي ، الجذام الدرني ، الجذام الوسط .، وهذا النوع الأخير اما أن يكون مائلا الى النوع العقدي ، او الى النوع الدرني .

طريقة العدوى : تؤدى المناعة ، بواسطة الخلية ، دورا هاما فى مدى قبول العدوى لدى الانسان عند التعرض لميكروب الجذام ، او تنويمها الى أحد أنواع المرض المعروفة وكذلك فى مقاومة المرض أو التخلص منه والاكثر اعتبارا ، فى الوقت الحاضر ، ان العدوى تنتقل عن طريق الرذاذ والتنفس أو السعال فى وجه المخالط حيث تنتقل من الأغشية المخاطية ، وخاصة الأنف الى السليم فتسبب عدواه .

وهناك احتمالات أخرى متعددة لنقل العدوى عن طريق الحشرات مثل البق والملاصقة ، والجهاز التنفسى او الهضمى .

ويعتبر الاطفال حديثو الولادة ، أكثر تعرضا للعدوى من غيرهم - وقد بلغت نسبة عدوى الأطفال ٦٠ ٪ فى المناطق التى يتوطن فيها المرض ، فى حين تصل النسبة الى ٥ ٪ فقط عند الكبار والبالغين ،

نظرا للمناعة المكتسبة بمضى الزمن عند كبار السن . وحتى بين المتزوجين لا تسنح فرصة العدوى الا فى حدود النسبة المذكورة .

مدة حضانة المرض : وتتراوح ما بين سنتين وسبع سنوات ، وقد تطول أو تقصر حسب تقبل المريض للعدوى ومجابهته لها .

والغالب أن العدوى بمرض الجذام تبدأ فى الصغر ، وخاصة عند الاطفال ، وتكون الاصابة طفيفة ومحدودة وقليلة العدد ، وتفسر على انها مرض آخر مما يضيع فرصة شفاء المريض عند التشخيص المبكر للمرض وبعد مدة تتراوح من عام الى عامين تختفى الاصابة الاولى عند الاطفال لفترة قد تطول ، ثم يظهر المرض ثانية بصورة شبه نهائية عند البلوغ وما بعده ، ويتخذ طريقه نحو النوع الدرني أو العقدي ، او ما بين هذين النوعين .

ومن علامات المرض فقدان الاحساس فى شتى أنواعه - للبرودة أولا والدرجات الحرارة المختلفة وأيضا للمس ثم للوخز والأكم وتلتهب الأعصاب وخاصة المتطرفة منها والمعرضة لبرودة الجو ، وتصبح مؤلمة عند لمسها او الضغط عليها ، ويصبح شكل المريض ووجهه شبيها بوجه الأسد وقد تكون هناك أعراض بدائية أو عامة مثل ارتفاع درجة الحرارة واختلاف طريقة هذا الارتفاع وآلام متعددة ، وقد ينفذ المريض من الأنف .

ومضاعفات المرض كثيرة منها التشوهات بالوجه واليد والقدم فتصبح اليد كالمخلب ، وتضمحل العضلات بين السلاميات باليد وتفقد الاحساس بالآلام وبالحركة ، ولذلك تكثر الاصابات والحروق التى يحس بها المريض وأيضا القروح بالاصابع والقدم .

العلاج : تقدم العلاج حديثا بمركبات السلفون ، وخاصة فى النوع الدرني ، وكذلك عقار لامبرين فى علاج النوع العقدي والنوع الوسط العقدي وأيضا تفاعلات مرض الجذام ، ولكنه قد يلون افرازات الجسم باللون الأحمر ، وعند التعرض للشمس والضوء يفقد لون البشرة ويميل الى السواد ، وهذا يزعج المريض ، وخاصة الفتيات والسيدات .

ولذلك انشئت مستعمرات الجذام ، ومازال بعضها قائما وايضا منع مرضى الجذام من التواجد الداخلى والاقامة بالمستشفيات العامة ولكنه رأى ، حديثا وفى البلاد المتقدمة ، عدم عزل حالات الجذام التى بها اصابات مفلقة اذ ان هذه الحالات ليست معدية طالما ظلت مفلقة ويمكن معالجة المريض بالعيادة الخارجية ، ويلزم متابعته لضمان عدم تحول الحالة الى حالة مفتوحة معدية ويلزم فحص المخالطين كما يحدث فى حالات الدرن الرئوى . والمحذون لفكرة العلاج بوحدات خارجية وعيادات خاصة بالجذام دون العزل فى الحالات المقفولة والدرنية ، يرون ان هذا برفع معنويات المريض فيعود بعد شفائه عضوا عاملا بالمجتمع ، كما يتعود مخالطوه من الاصحاء على ذلك وعدم النفور منه او مجانبته .

اما فى الحالات المفتوحة الايجابية للفحص الميكروسكوبى لميكروب الجذام وهى الحالات العقدية ، وسلبية اختبار لبرومين - فانها تعزل فى مستشفيات خاصة ، ولفترة محددة حتى تصبح خالية من الميكروب أو فى جناح يلحق بالمستشفى العام بعيدا عن باقى المرضى .

وفى حالات الجذام المتفاعل ، أو الذى يتطلب علاجاً جراحياً او طارئاً ، فانه يتصح بالعزل مؤقتاً ، حتى يزول السبب الطارئ الذى ادى الى ضرورة اسعاف مريض الجذام كغيره من المرضى .

تأهيل المريض : وذلك تمهيدا لعودته للمجتمع ، وعلاج مخلفات المرض بأجهزة مساعدة أو جراحة تعويضية أو تجميلية ، لتذهب عنه آثار المرض ويصماته ، حتى لا ينفّر منه الناس واشعار الجمهور بان المريض قد شفى ويمكنه ممارسة عمله ، بدلا من أن يكون عالة على المجتمع وأيضا إيجاد العمل المناسب له بعد ثبوت عجز لعضو من أعضائه ، وقد يصبح مريض الجذام بتعليمه مهنة تناسبه مفيد للمجتمع حيث نرى كثيرا من الصناعات والأعمال يقوم بها المجنوم بعد شفائه .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها فى اجتماع المجلس من

كما يعالج بعقار الثاليدوميد ، ولكن يجب الحذر عند تعاطيه ، اذ يضر بالحامل والجنين ، ولا تستعمل مركبات الكورتيزون أو الـ A.C.T.H الا عند الضرورة وفى حالات الجذام المتفاعل ، ويفيد لفترة محدودة من ٢ - ٦ اسابيع العلاج بمضاد الحيويات ، مثل الريفادين ويفا امبيسين والريماكتان .

أساليب الوقاية والعلاج :

التوعية : وتكون بالنشرات والكتيبات ، والصحف والاذاعة ، ومخاطبة الجماهير عن طريق وزارة الصحة التى تتحمل فى ذلك العبء الأكبر .

العلاج المبكر : للحالات الاولى ، وبخاصة عند الاطفال والعلاج الطويل الذى قد يستمر فى بعض الحالات مدى الحياة .

الاختبارات المعملية : المختلفة التى تظهر المرض ونوعه ومدى تمكنه من الجسم .

تحصين الأطفال : وذلك بواسطة البى سى جى فى المنطقة الموبوءة ، وهناك ظهر نجاح التحصين بالبى سى جى الى نسبة تتراوح من ٦٠ الى ٨٠ فى المائة من الاطفال .

ومن المعلوم ان الطفل من الأم المصابة بمرض الجذام يولد سليما ، حيث لا يمر الميكروب خلال المشيمة أثناء الحمل ، ولكن الرضيع والطفل يصابان بالعدوى بعد الولادة ، ولذلك ينصح بعزل المولودين عن امهم المريضة أو الأب المريض بالجذام .

اعطاء المخالطين الاصحاء والاطفال جرعات صغيرة من عقار الدايسون أثناء مخالطة المريض وحتى يتم منع الاختلاط وهذه طريقة ناجحة الى حد ما ، ولكن ليس من المستحسن اعطاء شخص سليم عقارا له بعض المضاعفات والخطورة .

وهناك محاولات جادة وبحوث قاربت النجاح فى إيجاد اختبار يمكن به معرفة وجود مرض الجذام أو عدمه .

العزل للمصاب : كان العزل قديما اجباريا لكل انواع الجذام

الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧

تطوير العلاج الطبي

على الرغم من أهمية الوقاية من الأمراض إلا أن العلاج سيظل الدعامة الأساسية في سياسة الخدمة الصحية نظرا لارتباطه المباشر والواضح بصحة الأفراد والظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تحيط بهم في حالة المرض والعلاج .

- وتوجد حاليا ثلاثة أنواع رئيسية للخدمات العلاجية في مصر هي :
- الخدمات العلاجية الحكومية المجانية بدءا من الرعاية الأساسية او الأولية في الريف والحضر ثم المستشفيات المركزية والعامه والمستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد بالاضافة الى مستشفيات تابعة لوزارة غير وزارة الصحة .
- خدمات القطاع العام العلاجية وتشمل التأمين الصحي والمؤسسات العلاجية وأقسام العلاج بأجر في المستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد التخصصية والمستشفيات العامة .
- القطاع الخاص في العلاج ويشمل العيادات الخاصة للأطباء والمستشفيات الخاصة ومنها المستشفيات الاستثمارية .
- وفيما يلي عرض للاوضاع المختلفة لهذه القطاعات :

مناقشات يوصى بالآتي :

* تكثيف التوعية بالاساليب المناسبة ، سواء على المستوى الرسمي أو الشعبي عن طريق الجهات والجمعيات الخاصة المعنية على أن يتم ذلك بإشراف حكومي .

* ضرورة الاهتمام بالاساليب المختلفة للوقاية من مرض الجذام ، وخاصة بالنسبة للأطفال ، باعتبارهم أقرب الى العدوى من الكبار ، لنقص المناعة ضد المرض عندهم . مع توفير الرعاية الاجتماعية اللازمة للمرضى ، وفقا لأحدث الاساليب العلمية .

* أن يراعى بالنسبة لعزل مرضى الجذام ، ما يأتي :

- جعل العزل للحالات المفتوحة والعقدية فقط ، وهي مصدر للعدوى ، حتى يتم خلوها من الميكروب .

- يكون العزل لفترة مؤقتة وذلك لحالات الجذام المتفاعلة ، والتي تتطلب اسعافا كغيرها من الحالات أو جراحات طارئة .

- لا داعى لعزل الحالات المقفولة والدرنية مع علاجها خارجيا ومتابعتها .

* تأهيل الناقهين بما يتناسب وعودة من تم شفاؤهم وحث انسجنتهم من الميكروب الى المجتمع مع اسناد اعمال مناسبة لهم .

* تقديم المعونة لأسر مرضى الجذام - باعتبارهم مخالطين للمريض - حتى يكونوا في حالة صحية تمكنهم من رفع مقاومتهم ضد المرض ويجب فحصهم دوريا لعلاجهم عند بدء ظهور أى أعراض عليهم .

* حفز الجامعات والمعاهد العلمية لمشاركة الجهات المختصة ، مثل وزارة الصحة في محاربة مرض الجذام ، حتى يتم استئصاله ، كما تم في كثير من البلاد المتقدمة .

مع تشجيع اجراء البحوث الخاصة بهذا المرض لتوطنه ببعض البلاد العربية .

أولا :الخدمات العلاجية الحكومية

يمكن تقسيم الخدمات العلاجية الحكومية الى أربعة أقسام هي :

خدمات الرعاية الأساسية :

بدأ انشاء مراكز الرعاية الأولية في الريف في عام ١٩٤٢ حيث صدر قانون تحسين الصحة القروية الذي شمل انشاء مجموعات صحية، بحيث تنشأ مجموعة صحية لكل ١٥ الفا من السكان وذلك لتوفير الرعاية الطبية لهم الى جانب العمل على رفع المستوى الصحي بصفة عامة ، على ان تضم المجموعة عيادة خارجية وقسم داخليا يشمل ما بين ١٥ إلى ٢٠ سريرا لمعالجة الأمراض الشائعة وخاصة الأمراض الطفيلية والمتوطنة الى جانب خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ، وقد استمر انشاء هذه المجموعات حتى بلغت ٢٢٧ مجموعة عام ١٩٥٢ وبقيام ثورة ٢٣ يوليو وانشاء مجلس الدائم للخدمات عام ١٩٥٤ تقرر انشاء الوحدات المجهزة التي تعمل على ارساء برامج متكاملة للتنمية وتضم المجموعة الصحية والمدرسة ومركز التنمية الاجتماعية ومركز التنمية الزراعية وقد تم انشاء ٣١٥ وحدة مجمعه .

وفي عام ١٩٦٢ ظهرت فكرة جديدة لتعميم الخدمة الصحية في الريف في صورة وحدات ريفية لا تحوى أقساما داخلية ، بحيث تكون هناك وحدة ريفية لكل خمسة آلاف من السكان ، وتؤدي هذه الوحدات خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وعلاج الأمراض البسيطة في العيادة الخارجية ، وذلك بالإضافة الى اعباء التفتيش الصحي وتحسين البيئة وتنظيم الأسرة ومكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة .

وفي عام ١٩٧٦ بدى في مشروع لتطوير المجموعات الصحية إلى مستشفيات قروية وذلك لتقديم الخدمات العلاجية على مستوى الاختصاصي مع الاستخدام الفعال لأسرة هذه المجموعات والتي تبلغ حوالى ٧٥٠٠ سرير وتقديم خدمات تشخيصية مثل الأشعة وبعض

٢٧٨

الفحوص العملية ، وقد تم حتى الآن تطوير ٥٥ مجموعة لتصبح مستشفى قرويا على هذا المنهاج تضم ١٥٢٢ سريرا .

وتعاني هذه الوحدات من قصور في أداء خدماتها لغياب نور الطبيب الملتزم المقيم اقامة دائمة ووجود نسبة كبيرة من الطبيبات في هذه الوحدات وسماح الوزارة لهن بالحصول على راحة يوم الجمعة ومغادرة مقر العمل ثلاثة أيام اسبوعيا .

وتبين احدى الدراسات ان متوسط ساعات عمل الطبيب في الوحدة الريفية ٣٥.٧ ساعة اسبوعيا يقضى منها ١٢.٣٦ ساعة في العمل الادارى ، ١.٤٥ ساعة فقط في العمل الوقائى ، والباقي وقدره ٢١.٢١ ساعة يقضيه في العمل العلاجي .

وتعاني الخدمات الاساسية من عدم الاقبال على وظائفها الاشرافية ومن حاجة مباني الوحدات الى الترميم والاصلاح والصيانة ، بالإضافة الى قصور ميزانية الأدوية لهذه الوحدات .

وعلى الرغم من هذا فقد كان تأثير الخدمة الصحية في الريف ظاهرا في انخفاض معدل الوفيات من ٢٣.٨ (في الالف) عام ١٩٤٦ الى ١٦.٩ عام ١٩٦٠ والى ٥١.١ عام ١٩٧٠ والى ٢١.١ عام ١٩٧٥ والى ١٠.٨ عام ١٩٨٠ ، وانخفاض وفيات الاطفال من ١٠.٩ الف طفل عام ١٩٦٠ الى ٧٢ لكل الف طفل عام ١٩٨٠ .

على أن من أسس الرعاية الصحية الأساسية وجود نظام محكم للحالة والتغذية المرتدة بمعنى أن يكون في امكان طبيب الوحدة تحويل المرضى الى المستويات الأعلى للخدمة ، ثم يعود اليه المريض بعد ذلك ليقوم طبيب الوحدة بمتابعة الحالة والعلاج ، ولم يتوفر ذلك حاليا كما أن النظام المنشود والذي يتضمن أن يعمل من خلاله اختصاصيون وجراحون في المستشفيات القروية ويقومون ايضا بزيارات للوحدات لم يتحقق على الوجه الأكمل ، بل ان المستشفيات القروية قد ألغت الأسرة الملحق بها واستعمل بعضها لاسكان الاطباء وبخاصة الطبيبات .

المستشفيات العامة والمركزية ١٦.٣٥٧.٤٤٤ مريض ، خلال عام ١٩٨٤ وعدد المرضى الذين عولجوا بالأقسام الداخلية ٨٥٦.١٧١ مريض، وكانت نسبة شغل الأسرة ٦٢ ٪ ومدة الإقامة متوسطها ستة أيام .

ويمكن ان يضاف الى المستوى الثانى من الخدمات العلاجية الحكومية - المستشفيات الحكومية المتخصصة وتشمل ٤ مستشفيات متخصصة للولادة والاطفال ، تضم ٢٨٤ سريرا ، و ٨ مستشفيات للأمراض العقلية تضم ٦٥١٥ نزيلًا و ٢٤ مستشفى للأمراض الصدرية تضم ٧٠٤٦ سريرا و ٣٦ مستشفى للرمم تضم ١٥٤٦ سريرا وخمسة مستشفيات للأمراض المتوطنة تضم ٨٣ سريرا و ٧٩ مستشفى للحميات تضم ٧١٧٠ سريرا ، ٣٦ مستشفيات للجذام تضم ١٣٧٠ سريرا كما ان هناك ٦ مستشفيات تابعة للصحة المدرسية وتضم ٦٣١ سريرا .

هذا بالإضافة الى وجود مستويات للأمراض الصدرية و عيادات للصحة النفسية والأمراض الجلدية والرمم والأمراض المتوطنة والجذام ومجموعات للصحة المدرسية تعمل كعيادة خارجية ولا تضم اية أسرة . يبين الجدول التالى نشاط المستشفيات العامة والمركزية والتخصصية خلال عام ١٩٨٤

| النوع | عدد المترددين على العيادات | عدد المرضى بالأقسام الداخلية |
|------------------|----------------------------|------------------------------|
| العامة والمركزية | ١٦.٣٥٧.٤٤٤ | ٨٥٦.١٧١ |
| الرمم | ٢.٣٣٣.٢٧٠ | ٢٣.٩٨٣ |
| النفسية والعقلية | ١١٢.٩٩٢ | ٨.٠٥٩ |
| الصدرية | ٥٢١.٨٧٩ | ٢٢.٣٨٦ |
| الحميات | ٢.٤٥١.١١٠ | ١٦١.٥٨٧ |
| المجموع | ٢١.٧٧٦.٦٩٥ | ١.٠٧٢.١٨٦ |

ويتراوح الانفاق السنوى على السرير فى هذه المستشفيات ما بين

٢٧٩

وفيما يختص بميزانية الوحدة الصحية الريفية يبلغ الصرف على الباب الثانى ثلاثة آلاف جنيه فى العام (٨٢/٨١) كما أن ميزانية الدواء فى الوحدة ٦٥٠ جنيه فى العام ، فى حين أظهرت دراسة أجريت عام ١٩٧٢ ان متوسط استهلاك الأنوية فى احدى القروى عام ١٩٧٢ كان ضعيف هذا المبلغ ، ولا شك انه الآن قد تضاعف مرة أخرى على الأقل ، وهذا مما يؤدى الى نفاد الدواء فى كثير من الأحيان .

هذا وتضم خدمات الرعاية الاساسية ايضا وحدات فى المدن تشمل ١٧ عيادة ، ١٢٤ عيادة احياء ، ومهمتها هى نفس مهمة وحدات الريف ، وهى لاتضم اقسامًا داخلية .

المستشفيات المركزية والعامة :

تشكل المستشفيات المركزية (فى عواصم المراكز) والعامة (فى عواصم المحافظات وبعض المراكز الكبرى) خط الدفاع الثانى فى الخدمات العلاجية .

ويبلغ عدد هذه المستشفيات (١٩٨٥/٧/١) ١٨٣ مستشفى تضم ٢٤.٢٧٥ سريرا ويبين الجدول التالى تطور اعداد هذه المستشفيات وعدد الأسرة .

| السنة | السكان | عدد المستشفيات | عدد الأسرة | سرير لكل عشرة الاف |
|-------|----------|----------------|------------|--------------------|
| ١٩٥٠ | ٢٠ مليون | ١٠ | ٥٠٨٩ | ٢.٤٩ |
| ١٩٦٠ | | ١٢٣ | ٨٥٢٦ | ٣.٢٧ |
| ١٩٧٠ | | ١٦٢ | ١٩٧٨٥ | ٥.٩٩ |
| ١٩٨٠ | | ١٦٥ | ٢١٥٦٢ | ٥.١٠ |
| ١٩٨٥ | ٥٠ مليون | ١٨٣ | ٢٤٢٧٥ | ٥.٠٣ |

ويوضح الجدول السابق حدوث تناقص فى عدد أسرة هذه المستشفيات بالنسبة للسكان اعتبارا من عام ١٩٧٠ وحتى الآن .

وقد بلغ عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية بهذه

٣٦٠ الى ٧٠٠ ج سنويا بمتوسط ٦٠٠ جنيه سنويا للسريير شامل تقديم الوجبات الغذائية للمريض ومصاريف الدواء والمستلزمات الطبية ، ومن الواضح ان هذا الاتفاق فى ظروف التزايد المستمر فى الأسعار ، لا يمكن ان يقدم خدمة على المستوى المطلوب .

المستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد :

تقوم المستشفيات الجامعية الى جانب وظيفتها فى التعليم والبحث ، بجزء هام من الخدمات العلاجية للمواطنين ويزداد الاقبال عليها نظرا لما يدركه المواطن من ارتفاع المستوى العلمى للأداء بها ، ويبلغ عدد الاسرة فى هذه المستشفيات ١٣.٢٠٩ سرييرا فى ٢٥ وحدة علاجية .

ولا شك ان المستشفيات الجامعية قد حازت على ثقة المواطنين فى الريف والحضر نظرا لارتفاع المستوى العلمى للأطباء العاملين بها من أعضاء هيئة التدريس والأطباء المقيمين ومما يدل على ذلك انه لوحظ ان ٦٥ ٪ من المترددين على العيادة الخارجية لجامعة القاهرة هم من سكان الريف ، كما ان من بين هؤلاء ٥٤ ٪ قد قصدها مباشرة دون المرور على وحدة اساسية أو مستشفى مركزى ، أو عام ، رغم توفر هذه الخدمات فى المناطق التى قدموا منها .

واذا أخذنا مستشفيات جامعة القاهرة ، وهى أكبر المستشفيات الجامعية ، كمثال نجد أن عدد الاسرة بها فى عام ١٩٨٥ يبلغ ٢٨٣٩ سرييرا ، وانه قد تردد على العيادات الخارجية فى هذا العام ٨٧٨.٥٨٢ مريضا عدا ١١٤.٤٥٥ ترددوا على أقسام الاستقبال ويعمل بهذه المستشفيات ١٤٤٤ من الأطباء كل الوقت والأطباء النواب وأطباء الامتياز ، عدا أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب والذين يشرفون على العلاج وقد بلغ عددهم ٩١٩ ، وتبلغ تكلفة السريير سنويا ٥٤٨٢ جنيها أى حوالى ١٥ جنيها يوميا ويبلغ الاتفاق الجارى ٢٩١٢.٨٠ سنويا (أى بمتوسط تكلفة ٧ جنيه للسريير يوميا) .

٢٨٠

وتضم الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية التى انشئت عام ١٩٧٥ ، ثمانية مستشفيات تعليمية بالقاهرة والمحافظات تضم ٢٥٠٧ سرييرا (عدا اسرة مستشفى المطرية) ، كما تضم الهيئة معهد المناطق الحارة ومعهد جراحة القلب والصدر ومعهد الرمد ومعهد شلل الاطفال ومعهد السمع والكلام وتضم ٦٢٦ سرييرا (بالاضافة الى معهدين بحثيين غيراكتينيين) ، وتعد هذه المستشفيات امتدادا للمستشفيات الجامعية فى المجال الصحى نظرا لأن معظم اطبائها من المؤهلين بالدرجات العلمية العالية .

ويبلغ معدل صرف السريير فى الهيئة ١٥٠٩ جنيها سنويا (أى بمتوسط ٥ جنيه يوميا) .

المستشفيات التابعة لوزارات وهيئات أخرى :

وبالاضافة الى الخدمات العلاجية التى تقدمها وزارة الصحة ، والمستشفيات الجامعية والتعليمية والمعاهد البحثية فهناك وزارات أخرى تقدم هذه الخدمات وهى :

- السكة الحديد : ويضم مستشفاها ٤٢٣ سرييرا كما تقدم عياداتها الخارجية خدماتها فى مختلف التخصصات للعاملين فى قطاع النقل عامة والأسره .

- الشرطة : وتضم مستشفياتها ٢١١ سرييرا بالاضافة الى عيادات خارجية بعضها يقدم الخدمة الى الجمهور .

- السجون : وتضم مستشفياتها ٧٦٨ سرييرا ، وتقدم الخدمة لنزلاء السجون .

- مستشفيات طلبة الجامعات : وتضم ١٧٦ سرييرا بالاضافة الى خدمات العيادات الخارجية للطلاب .

- هيئات أخرى : تضم ١٠٦٦ سرييرا منها مستشفى هيئة النقل العام ، ومستشفى شركة المحلة ، وشركة البيضى وغيرها من شركات القطاع العام .

ثانيا : القطاع العام فى العلاج

ويشمل هذا القطاع ما يلى :

التأمين الصحى :

يقوم التأمين الصحى بتقديم الخدمة العلاجية التأمينية . بالاضافة الى علاج اصابات العمل والفحص الدورى الطبى على العاملين المعرضين للاصابة باحد الامراض المهنية .

وأساس التأمين مساهمة المنتفع بنسبة مئوية من اجره ومساهمة رب العمل سواء كان الحكومة او القطاع العام او القطاع الخاص بنسبة اخرى فالمنتفعين بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ (المعدل للقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤) يدفعون ١ ٪ من اجورهم ورب العمل ٣ ٪ فى القطاع الحكومى والعام و ٤ ٪ فى القطاع الخاص ، ويطبق هذا النظام الآن على حوالى ١.٤٨٢.٠٠٠ منتفع من العاملين بالجهاز الادارى للدولة وعمال القطاع العام والخاص موزعين على محافظات الجمهورية .

أما المنتفعون بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ للعلاج التأمينى فهم يدفعون ٥.٠ ٪ من اجورهم ويدفع صاحب العمل ١.٥ ٪ وذلك بالاضافة الى الرسوم الزهيدة التى يتحملها المنتفع عند طلب الخدمة بمراحلها المختلفة ، ويبلغ عدد المستفيدين بهذا النظام حاليا بجميع محافظات الجمهورية ١.٤٦٠.٠٠٠ عامل .

وبالاضافة الى هذا يستفيد ١١٣ الف منتفع من أصحاب المعاشات والارامل ، و ١١ الف منتفع من أسر المؤمن عليهم واصحاب المعاشات أى أن التأمين الصحى يغطى فى مجمله حوالى ٣ مليون فرد (أى حوالى ٦ ٪ من سكان الجمهورية) . وقد بلغ عدد المستشفيات المملوكة للهيئة ٣٥ مستشفى عام ١٩٨٤ ، بلغت سعتها ٢٨٤٠ سريرا وبلغ عدد الاسرة المملوكة للهيئة ٤.٢ ٪ من مجموع الاسرة فى الجمهورية ، وقد قبلت هذه المستشفيات عام ١٩٨٤ ايضا ٩٢.٧٨٠ مريضا (أى أن السرير يخدم فى المتوسط حوالى ٢٤٠ مريضا) .

ويبلغ متوسط الانفاق السنوى على السرير فى الهيئة ٢٠٤٩ جنيها

ويبلغ ما يتكلفه المنتفع بالقانون ٧٩ فى المتوسط ٢٠.٧ جنية سنويا والمنتفع بالقانون ٣٢ حوالى ١٠ جنيها (حيث انه يساهم فى بعض نفقات العلاج) ، اما تكلفة المنتفع من ارباب المعاشات فكانت فى المتوسط ٦٠ جنيها سنويا ، وبالنسبة للأسر كانت تكلفة كل فرد فى الأسرة فى المتوسط ٧.٢٩٢ جنيها سنويا .

المؤسسة العلاجية :

انشتت المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة عام ١٩٦٤ لتضم المستشفيات التى امتت فى ذلك الحين والتى كانت تابعة للجمعيات الخيرية والأهلية ، وتضم المؤسسة عشرة مستشفيات يبلغ عدد اسرتها ٢٣٢٤ سريرا ، منها ٤٥٥ أى حوالى ٢٠ ٪ بالمجان للمواطنين غير القادرين وتقوم الدولة بسداد نفقات علاجهم إلى المؤسسة من الموازنة العامة ، والباقى بأجور مرشدة ومناسبة لشرائح الدخل المختلفة ، بالاضافة الى انها تتيح للأطباء ادخال حالاتهم الخاصة فى مستشفياتها وفقا للأجور المرشدة لمرافق هذه المستشفيات .

وتقوم المؤسسة حاليا بإنشاء ثلاثة مستشفيات جديدة وهى مستشفى معهد ناصر بطاقة ٨٥٠ سريرا ومستشفى الهرم ويسع ٦٠٠ سريرا ، كما تقوم باعادة بناء مستشفى الهلال الأحمر للعظام والاصابات ليضم ٢٢٠ سريرا .

وقد بلغ عدد المرضى المترددين على العيادات الخارجية للمؤسسة فى عام (٨٦/٨٥) ٦٢٧.٣٣٩ مريضا ، كما بلغ عدد مرضى الاقسام الداخلية ٦٤.٦٢٩ مريضا بلغت نسبة الحالات المجانية والحوادث منها ٢٥.٥ ٪ .

هذا ويعمل بالمؤسسة من الأطباء ٣٤٥٠ طبيبا ، بمعدل ٢.٨ طبيب أخصائى وموظف لكل مائة سرير و ١٨.٣ طبيب متعاقد و ١١.٢ طبيب مقيم لكل مائة سرير .

ويبلغ متوسط تكلفة السرير فى المؤسسة بالنسبة للاستخدام للأسرة المجانية ٢٥٢٠ جنيها وبالنسبة للأسرة بأجر ٣٤٤٥ جنية فى العام (أى

للأطباء أو المستشفيات ومراكز التشخيص والعلاج الخاصة ومزودا الاستثمارية شريحة هامة من الخدمات العلاجية تساهم في أداء الخدمة للقادرين ومتوسطى الدخل ، بل ولحدودى الدخل بشكل فعال وقد بدأت هذه المساهمة فى الازدياد المتواصل فى الأعوام الأخيرة نتيجة التوسع فى انشاء المستشفيات الخاصة .

ويبلغ عدد العيادات الخاصة فى جمهورية مصر العربية (١٩٨٥ - ١٩٨٦) - ٢٠٨٤٥ عيادة خاصة ، ويلاحظ ان أغلبها فى القاهرة ، حيث بلغ عدد العيادات فى القاهرة ١٥ ألفا وفى الاسكندرية ١٠٢٣ عيادة ، فى حين توجد فى جميع المحافظات الأخرى ٤٨١٢ عيادة ومن المعلوم أن الاغلبية العظمى من الأطباء العاملين فى عياداتهم الخاصة يعملون ايضا فى القطاع الحكومى .

ويبلغ عدد المستشفيات الخاصة فى الجمهورية حاليا ١١٧٢ مستشفى خاص منها ألف فى القاهرة و ٢٠ فى الاسكندرية وتتراوح هذه المستشفيات ما بين وحدات متواضعة تضم عددا من الاسرة الى مستشفيات استثمارية رفيعة المستوى ذات اقسام متعددة ويبلغ عدد المستشفيات والمنشآت طبقا لقانون الاستثمار حتى نهاية عام ١٩٨٤ عشرين منشأة .

وتتباين هذه المستشفيات من مستشفيات كبيرة ذات أقسام متعددة ومستشفيات ذات تخصص معين ومراكز لفحوص متعددة وتتراوح عدد الاسرة فى هذه المستشفيات ما بين ٥٠ الى ٤٠٠ سرير ، كما يظهر التفاوت الواضح فى تكلفة السرير .

ولقد انعكس الارتفاع المستمر فى نفقات المعيشة ، وارتفاع اسعارالخدمات عامة على الأجور التى يتقاضها الأطباء سواء للكشف فى عياداتهم الخاصة او نظير اجراء الفحوص والجراحات فى المستشفيات الخاصة ، مما دعا وزارة الصحة ، بناء على الاتفاق مع النقابة ، الى وضع جدول بالحد الأقصى لأتعاب كشف الأطباء على المرضى المصريين بالعيادات الخاصة ، وتحديد أتعاب العمليات .

بمتوسط يومى قدره ٨.٤ جنيه للسرير المجانى و١١.٣ جنيه للسرير بأجر) .

وأنشئت المؤسسة العلاجية لمحافظة الاسكندرية عام ١٩٦٣ لتضم خمسة مستشفيات أكبرها مستشفى المواساة ،وقد تم تحويل المؤسسة الى هيئة اقتصادية عامة بدءا من عام ١٩٨٢ وتبلغ عدد الأسرة فى مستشفياتها ٨٥٦ سريرا .

أقسام العلاج بأجر فى المستشفيات الحكومية :

بدأت بعض المستشفيات الجامعية فى المساهمة فى القطاع العام للعلاج اما عن طريق تخصيص مستشفيات يكون معظم اسرتها وخدماتها بأجر مثل المستشفى التخصصى بجامعة عين شمس وقسم الطب النووى بجامعة القاهرة ومستشفى الأطفال الجديد بجامعة القاهرة ، او بتخصيص جزء من نشاطها للعلاج بأجر مثل قسم جراحة القلب والصدر بجامعة القاهرة .

وقد خصصت بعض المعاهد والمستشفيات التعليمية التابعة للهيئة العامة أقساما للعلاج الخاص بأجر منها معهد جراحة القلب والصدر بامبابية والمعهد الرمدى بالجيزة ومستشفى روض الفرج . كما يوجد نظام ميسر للعلاج بأجر رمزى فى باقى المستشفيات الحكومية يسمى العلاج الاقتصادى وتخصص له بعض الأسرة التى لا تزيد عن ٢٠ ٪ من مجموع أسرة المستشفى ، والأسعار الرمزية التى وضعت لاتمثل فى الحقيقة الا جزءا لا يذكر من الانفاق الحقيقى ، كما أن انخفاض العائد من هذه الاجور وبالتالي انخفاض الحوافز تقدم للأطباء العاملين بهذا النظام وانخفاض العائد على صندوق تحسين الخدمة بالمستشفى قد أدى الى عدم الاهتمام بهذا النظام والى انصراف الأطباء المؤهلين عن المشاركة فيه وانتهى به الأمر الى أن أصبح لايميز كثيرا من العلاج المجانى .

ثالثا : القطاع الخاص فى العلاج :

يشكل القطاع الخاص فى العلاج ، سواء العيادات الخاصة

سياستنا العلاجية قد استقرت منذ عشرات السنين على أن الرعاية العلاجية حق لكل مواطن وأن على الدولة أن تقدم هذه الرعاية لمن يطلبها بون مقابل .

ومع ذلك فإن الدولة مطلوب منها أن تقدم هذه الخدمات ، بميزانية متواضعة فميزانية وزارة الصحة بالنسبة الى اجمالي ميزانية الدولة قد انخفضت من ٤.٢٪ عام ١٩٤٠ ، و ٤.٦٪ عام ١٩٦٠ إلى ٣.٥٪ فى العام ٨٦/٨٥ ، أما نصيب الفرد من الانفاق الصحى الحكومى فى عام ٨٦/٨٥ فلا يزيد عن ٢٨٨ ، ٨ جنيه فى العام مع الأخذ فى الاعتبار أن تزايد عدد الأطباء العاملين بوزارة الصحة - الذى بلغ فى ١/١/١٩٨٥ (٢٩,١٧٨) طبيباً بشريا ، (٤٩٢١) طبيب اسنان ، (٣٨٠٤) مبيدلى ، عدا باقى الفئات العاملة - يمثل عبئا على ميزانية الوزارة ستفقد جزءا كبيرا منها إذ بلغت نسبة الانفاق على الباب الأول (مرتبات وأجور) عام ١٩٨٥ / ١٩٨٦ - ٦٧.٤٪ بحيث لم يترك الا القليل للانفاق على الانشاءات والتجديد والتجهيزات والصيانة ومعنى ذلك ان الدولة مطالبة بتوسيع مجال الخدمات العلاجية والارتفاع بمستواها بميزانية غير كافية .

وقد كان من نتيجة ذلك معاناة القطاع المجانى بالمستشفيات والعيادات حيث تدهور بمرور الزمن فالانشاءات الجديدة معظمها مؤجل والاحلال والتجديدات لاتجد تمويلا كافيا ، والاجهزة والمعدات لاتستطيع فى كثير من المستشفيات وخاصة فى المستشفيات المركزية والعامه مسايرة التقدم المؤهل والباظ التكاليف فى التكنولوجيا الطبية ، ومرتبات الاطباء والمرضات والعاملين ضئيلة مما يجعل الاطباء ممزقين بين العمل الحكومى والعمل الخاص ، كما أن اعداد المتوردين والمقبولين تزيد عن طاقة الوحدات العلاجية مما يجعل الوقت الذى يمكن اعطاؤه للمريض محددا وغير كاف ، الأمر الذى جعل التشخيص - وخاصة فى العيادات الخارجية - تشخيصا سطحيا ، والخدمات تفتقر الى نظام محكم لتحويل الحالات بين مختلف المستويات والتخصصات ، والتسجيل

٢٨٣

ويصرف النظر عن امكان فرض نظام للتعامل بين المريض وطيبه او جراحه ، فإن التطبيق العملى قد اثبت أن هناك بعض التجاوزات فى الالتزام بهذا القرار وأن اتعاب الأطباء والجراحين فى القطاع الخاص بوجه عام ، تمثل عبئا يثقل كاهل المواطنين الذين يلجئون اليه .

وبالنسبة للمستشفيات الخاصة وخاصة الاستثمارية منها فلا شك انها اتاحت خدمة متميزة للفئات القادرة من المرضى من حيث الفندقة عالية المستوى والاهتمام بالنظافة والغذاء وخدمة التمرريض وهى امور هامة ، كما يسرت وسائل تكنولوجيا طبية متقدمة للتشخيص والعلاج مما اتاح اجراء بعض الفحوص والقيام ببعض الجراحات الدقيقة التى كانت تستدعى العلاج بالخارج ، ولكن اسعار الإقامة فى هذه المستشفيات ، وكذلك أسعار الخدمات التشخيصية والعلاجية والخدمات الجراحية والتخديرية والاشعاعية والمعملية قد أصبح بينها وبين الاسعار التى سادت من قبل فجوة كبيرة .

كما أن بعض هذه المستشفيات يغالى فى أسعار بعض الخدمات وخاصة ما يتصل بعدم الالتزام بالاسعار المعلنة عند تقديم الحساب النهائى .

وقد قامت بعض المؤسسات والهيئات بانشاء خدمات علاجية ، مما بين مستوصفات متواضعة الامكانيات ، وبين مراكز ومستشفيات ضمت امكانيات متقدمة فى التشخيص والاشعة المقطعية والخدمات المعملية وغيرها بأسعار مناسبة ، وهى بهذا تسهم فى تقديم خدمة طبية خاصة بأسعار غير مغالى فيها - ومع ان مثل هذه المراكز جديرة بالتشجيع الا أنها وغيرها من المستوصفات ومراكز العلاج التى يقيمها الافراد او الجمعيات يجب أن تخضع لاشراف فنى دقيق ضمانا لمستوى الأداء .

معوقات الخدمات العلاجية :

يتميز العلاج المجانى فى مصر على غير ما يجرى فى معظم بلاد العالم بأنه يقبل المتقدمين اليه بصرف النظر عن قدراتهم المالية ذلك أن

والاحصاء الطبى قاصرين .

على أن نواحي القصور فى الخدمات العلاجية الحكومية لا يمكن ان تعزى كاملة الى نقص الاعتمادات المالية او العوامل الاقتصادية ، وعلينا ان نعترف ان زيادة التزام الأطباء والعاملين ، والانضباط فى العمل ، وإحكام الاشراف ، والرقابة الفعالة على الأداء من الناحية الفنية والادارية ، واعمال حوافز الثواب والعقاب ، وحسن الادارة ، يمكن كلها أن تقلل الى حد كبير مما يشكو منه البعض من قصور فى اداء هذه الخدمات .

وكذلك فان العلاج الخاص ، والذي يقوم المريض بسداد نفقاته سواء بالنسبة للأطباء فى عياداتهم الخاصة أو بالنسبة للمستشفيات الخاصة ، قد أصبح فى متناول فئة محدودة من ذوى الدخل المرتفع وحتى هؤلاء أصبحوا يشكون من عدم قدرتهم على الوفاء بالالتزامات ، هذا بالرغم مما تلمسه جميعا من اتجاه الفئة المتوسطة ، بل وأحيانا بعض أفراد الفئات محدودة الدخل ، الى اللجوء لهذا القطاع ، لقلة ثقتهم أو عزوفهم لأسباب اجتماعية عن اللجوء الى القطاع المجانى ، رغم معاناتهم الشديدة فى سبيل تحمل النفقات الباهظة بالنسبة اليهم .

وما يزال التأمين الصحى قاصرا على حوالى ثلاثة ملايين فرد منهم اعداد قليلة من اصحاب المعاشات والارامل وأسر المنتفعين .

ورغم وجود فائض متزايد فى ميزانية هيئة التأمين كل عام ، يقدر حاليا بتقديرات تتراوح ما بين ١٢٠ ، ١٨٠ مليوناً من الجنيهاً - يأتى الجزء الأكبر منه من الرسوم المخصصة لاصابات العمل - فان توسع الهيئة حاليا فى قبول أرباب المعاشات والارامل وأسر المنتفعين اذا استمر الحال الى المعاشات فى دفع ١ ٪ من معاشه فحسب دون أى مساهمة من صاحب العمل ، وإذا دفعت الارامل ٢ ٪ من المعاش فحسب دون أى مساهمة أخرى كما يجرى عليه العمل الآن - فان حصيللة التأمين الصحى للمحاليين الى المعاش لن تتجاوز حوالى ٦ جنيهاً للفرد فى حين ينتظر ان يتكلف الفرد حوالى ١٠٠ جنيه أى عدة

٢٨٤

اضعاف ما يدفع ، وفى هذه الحالة فان الهيئة لا يمكنها تغطية هذه الخسارة اما بالنسبة للعائلات والتي ستدفع نصف فى المائة زيادة على نصيب المنتفع الحالى فسوف يكلف الهيئة اعباء باهظة اويتدنى مستوى الخدمة بشكل يكاد يهبط بها الى مستوى الخدمة المجانية .

ويلاحظ ان نسبة مساهمة المنتفعين بالتأمين الصحى منخفضة حاليا بالمقارنة بالنسبة المتعارف عليها فى بلدان العالم والتي تتراوح بين ٨-١٥ ٪ من الأجر ولما كان من غير المتوقع فى الظروف الاقتصادية الحالية ان تتحمل الدولة كصاحب عمل زيادة نصيبها فى التأمين يصبح من المحتم دراسة زيادة النسبة التى يتحملها المنتفع بحيث لا تقل عن ٣٪ من الأجر وتلك نسبة لاشك ان الغالبية العظمى سوف تتقبلها مقابل تمتعها برعاية علاجية مرتفعة المستوى ، والبدل عن ذلك ، هو رفع الرسوم التى يدفعها المنتفع عند الحصول على الخدمة ومن ثمن الدواء ، ويجب على أى حال تعميم مساهمة المنتفع على المتمتعين بالتأمين الصحى جميعا وهذا لايساعد على زيادة الحصيللة فحسب بل يعمل على ترشيد الاستخدام او استهلاك الدواء فى حدود صالح المريض والصالح العام معا .

أما بالنسبة لأصحاب المعاشات والأرامل فلا بد من اعتبار ان الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية أو الهيئة العامة للتأمين والمعاشات هى التى تمثل صاحب العمل فى هذه الحالات وعليها ان تساهم بالنسب المقررة فى رسوم التأمين الصحى

أما فيما يتصل بتطبيق التأمين الصحى على سكان الريف ، فيلاحظ انهم اليوم ليسوا اقل الفئات دخلا ، كما ان الكثيرين منهم يلجأون الى الاطباء والمستشفيات العامة والخاصة فى المراكز والعواصم وتكمن الصعوبة فى تحديد مقدار مساهمة المنتفع بنسبة من دخله غير المسجل بدقة غير انه توجد الآن فى كل قرية بنوك للقرية او جمعيات تعاونية تقدم للمزارعين حاجتهم من السماد والبذور والمبيدات الحشرية وغيرها كما تقوم بتسويق حاصلاتهم ويمكن أن تصبح اداة جمع

باعتبار أن الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية أو الهيئة العامة للتأمين والمعاشات هي التي تمثل صاحب العمل بالنسبة لهذه الفئة وعليها أن تساهم بالنصيب المقرر في رسوم التأمين الصحي ، باعتبار أن الرعاية الصحية تعد التزاما وتكريما ماديا وأدبيا لمن أمضوا سنى حياتهم في خدمة الدولة .

* دراسة تطبيق التأمين الصحي على سكان الريف على أن تقوم بنوك القرى أو الجمعيات التعاونية التي يتعامل معها الزراع بتحصيل الاشتراكات تبعا لنسبة معينة من معاملاتهم معها خاصة بعد أن قامت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية باتمام حصر العمال الزراعيين والفئات المختلفة من سكان الريف مما يزيل صعوبات تطبيق التأمين الصحي عليهم .

* تشجيع قيام أنماط جديدة من التأمين الصحي الخاص لنرى الدخول فوق المتوسطة والعالية يتبع - وبضوابط - حرية أكبر في اختيار الطبيب والمستشفى ، ويمكن تطبيقه بمساهمة جهة العمل لفئات معينة مثل المهنيين وأعضاء هيئات التدريس وغيرهم .

* عدم اعفاء أى مواطن من الاشتراك في نظام التأمين الصحي ، واعتبار التأمين الصحي الخاص الذى تقدمه بعض الهيئات والمؤسسات والمصانع مكملا للتأمين الصحي وليس بديلا عنه بحيث لا يحرم التأمين الصحي من مصادر تمويلية تخصص لغير القادرين من المستفيدين به .

* دراسة زيادة النسبة التى يتحملها المنتفع من التأمين الصحي فى مقابل تحسين الخدمة التى تقررها الهيئة .

* استغلال فائض الأموال لدى الهيئة العامة للتأمين الصحي فى تحسين الخدمة العلاجية عن طريق ضم بعض الوحدات العلاجية إليها لاستكمالها وتطويرها .

* احكام الاشراف على المستشفيات الخاصة والاستثمارية ضمانا لالتزامها والحيلولة دون المغالاة فى تكاليف أداء الخدمات الطبية بها ، وحرصا على المستوى الفنى للاداء وذلك باتخاذ الاجراءات التنفيذية

اشتركاكات المزارعين فى أى نظام للتأمين تبعا لنسبة معينة من معاملاتهم معها وقد ذكرت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية مؤخرا أنها قد امتت حصر العمال الزراعيين والفئات المختلفة من سكان الريف ، لتطبيق التأمينات الاجتماعية عليهم ، ولاشك ان هذا سيزيل صعوبات تطبيق التأمين الصحي .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها من مناقشات ، وتأكيدا لما سبق أن أوصى به المجلس فى دوراته السابقة بشأن التأمين الصحي والرعاية الطبية وانتهى اليه بتقرير تطوير التعليم الطبى الذى عرض فى هذه الدورة يوصى بما يلى :

* التركيز فى المرحلة القادمة عل الاحلال والتجديد بالنسبة للمستشفيات القائمة بالفعل وتحديثها بالمعدات والاجهزة المتطورة .

مع الاستفادة الكاملة من مختلف المنشآت الصحية الحالية ، كمكاتب الصحة وغيرها فى استكمال بعض أوجه النقص فى المستشفيات .

* ضرورة اعطاء اولوية لتطوير الادارة الطبية ، ومن ذلك ربط الوحدات المحلية بالمستشفيات العامة خاصة بعد أن اتضح أن من بين الاسباب الرئيسية لسوء الخدمة فى المستشفيات الحكومية انعدام الرقابة الجدية بعد ان انحسرت رقابة وزارة الصحة المباشرة عليها بحكم سرىان قانون المحليات .

* توسيع رقعة القطاع العام فى العلاج الذى يساهم فيه المنتفع بقدر من نفقات العلاج مما يخفف العبء على الدولة لتوجيه الموارد المتاحة فى ميزانيتها الى الفئات غير القادرة ، والعمل على ترشيد القطاع الخاص فى العلاج دون أن يفقد هذا النمط من العلاج مزاياه .

* يجب أن تمتد مظلة التأمين الصحي لتضم أعدادا متزايدة من المنتفعين فى كل عام بحيث تصل الى تغطية جميع العاملين فى الحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص وكذلك المحالين الى المعاش وأسرههم

الدراسات اللازمة لإنشاء معمل للسموم لخدمة حالات التسمم .
* عمل بطاقة صحية لكل عامل يحدد فيها - منذ بداية عمله -
حالته الصحية وما يسفر عنه الكشف الدوري الذي يجرى له لمعرفة تطور
حالته المرضية .

تطوير التعليم الطبي

أن ما أدخل من تطوير على التعليم الطبي في مصر خلال الخمسين
سنة الماضية لا يقارن بما طرأ من تقدم على العلوم الطبيعية خلال هذه
الفترة وما أدخل من طرق ومناهج جديدة كان من المفروض أن يؤخذ
بها ، فضلا عن أن المعرفة الطبية للطبيب وفقا للمستويات العالمية -
تزداد بما لا يقل عن ٥ ٪ كل عام إذا ما استمر تعليمه وتنخفض بذات
النسبة إذا ما تخلف عن التعليم . ومن هنا يكون تطوير التدريب والتعليم
واستمرارهما ضرورة للحفاظ على الثروة الطبية في بلادنا ، خاصة وأن
هذه المتغيرات التي حدثت في مهنة الطب كان لها أثرها العميق في
وضع الهوية بين التعليم الطبي بشكله الحالي في مصر ومقتضيات الخدمة
الطبية الجيدة .

وتتركز أهم هذه المتغيرات فيما يلي :

- التنامي المطرد في كم المعلومات الطبية والذي يتزايد كل يوم مما

الحازمة لتنفيذ أحكام القانون رقم ٥١ لسنة ١٩٨٢ الخاص بتنظيم
المنشآت الطبية .

* إعداد برامج تدريب تحويلية لاعداد أكبر عدد ممكن من
المرضات والمرضى لسد العجز الكبير في هذه الفئة .

* ان تتولى نقابة الأطباء ووزارة الصحة والجهات الرقابية الاهتمام
بأخلاقيات المهنة والتأكيد على حسن معاملة رجال الخدمات العلاجية
للمرضى .

* مشاركة الأجهزة التطوعية بالجهود الذاتية في نشر وإدارة
الخدمات العلاجية حيث يساعد ذلك على تحسين مستوى الاداء وتخفيف
عبء الانفاق الحكومي في قطاع الصحة
وأخذا بالتوصيات السابقة للمجلس فانه ينبغي اعطاء أولوية لما
يلسى :

* ضرورة اعداد خريطة للاستقصاء الوبائي في جمهورية مصر
العربية تعطى صورة واضحة عن الشكل الوبائي واتجاهاته .

* وضع خطة قومية لاستئصال الأمراض المعدية وفق جداول زمنية
محددة .

* سرعة انشاء الهيئة القومية لخدمات نقل الدم والمركز القومي
لبحوث واختبارات الدم .

مع التوسع في انشاء بنوك الدم الاقليمية بحيث تتم تغطية كافة
المحافظات تدريجيا .

* تطوير أقسام الاستقبال في المستشفيات وتزويدها بكافة
الاحتياجات من التجهيزات الطبية والقوى البشرية المؤهلة
والمتخصصة .

* وضع برنامج تنفيذى عاجل لاصلاح وتشغيل وحدات الأسنان
التي لاتعمل لعدم صلاحيتها مع انشاء مراكز صيانة أجهزة ومعدات طب
الأسنان .

انشاء وحدات رعاية مركزة خاصة بالسموم مع البدء في اجراء

أدى الى معرفة ادق وأكبر عن مسببات الأمراض ووسائل تشخيصها وعلاجها .

- التغير الكبير في تقديم الخدمة الصحية ، حيث تتحمل الدولة تقديم هذه الخدمة سواء بشكل كامل كما هو الحال في الدول الاشتراكية وانجلترا - أو من خلال نظم تأمينية مختلفة كما هو الحال في الولايات المتحدة وبعض الدول الأوروبية ، وقد تأمينية مختلفة كما هو الحال في الولايات المتحدة وبعض الدول الأوروبية ، وقد تأثرت دول العالم الثالث بهذه النظم ، كما تعقدت الخدمة الصحية واتسع جهازها واختلفت مستوياتها .

مادعت اليه منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٧ بأن تعمل الدول الأعضاء على توافر الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ وأن الوسيلة لبلوغ هذا الهدف هو مستوى الرعاية الأولية ومن ثم كان التركيز على هذا المستوى من الرعاية الصحية وهو المستوى الذي يمثل الخط الأول للجهاز الصحي والذي يتميز بالاتصال المباشر بالمجتمع .

وعلى الرغم من أن كليات الطب في مصر قد تأثرت بهذا التغير العالمي في مهنة الطب واسلوب ادائها - الا انها عانت ايضا من ظواهر اخرى ساعدت على تدهور العملية التعليمية ، ولعل اهمها :

- قبول اعداد متزايدة في كليات الطب خلال السنوات الأخيرة مما أدى الى ندرة الاحتكاك المباشر بين الاستاذ والطالب وبالتالي الى التدهور في اكتساب المهارات سواء في العلوم الأساسية أو الاكلينيكية والاعتماد اساسا على التلقين بواسطة المحاضرات والمذكرات او كليهما . - انشاء العديد من كليات الطب الاقليمية بون الاعداد الجيد لها وتوافر المعامل والحد الضروري من أعضاء هيئة التدريس .

- اختصار الدراسة من اليوم الكامل الى نصف اليوم مما قلل الفرصة أمام بعض الطلاب لاكتساب المهارات والتعليم المباشر على أيدي أساتذتهم .

- بروز ظاهرة عدم الالتزام من بعض أعضاء هيئة التدريس

بالتواجد المكثف مع طلابهم مما ساعد أيضا على افتقار الطلاب الى اكتساب المهارات والسلوكيات الطبية الضرورية .

- انتشار ظاهرة الدروس الخصوصية والتي لجأ اليها الطلاب لتعويض النقص واكتساب المعلومات والمهارات وأثر ذلك السيء على مستويات الخريجين .

أبرز الاتجاهات المستحدثة في التعليم الطبي :

وتتركز الاتجاهات الحديثة في التعليم الطبي على تدريب الطلبة في جميع مراحل الخدمة الصحية المختلفة من خدمة أولية ومستشفيات وخدمة على مستوى متخصص ، ويعتمد هذا النظام بصفة اساسية على النقاط التالية :

- التعميق في دراسة المشاكل الصحية للأسرة .

- دراسة المشاكل الصحية الموجودة في القطاعين الريفي والحضري والقطاعات الخاصة مثل عمال المصانع والمجتمعات التي تعيش في ظروف خاصة والتعرف عليها .

- ارتباط المنهج الدراسي بنوع من المسح الصحي الذي يهتم المجتمع مثل :

الفحوص الخاصة بالأمراض المتوطنة كثيرة الحدوث وكذلك الاهتمام بالتعليم والتثقيف الصحي والتغذية والعناية بالأطفال والأمهات .

- الاهتمام بصفة خاصة بتدريب الطلبة على المشاكل الصحية ومواجهتها في مراكز صحية غير مركزية مثل الوحدات الريفية والمستشفيات الصغيرة سواء بالريف أو بالحضر وكذلك المستوصفات التي تقوم على رعاية الاطفال والحوامل ومرضى الدرن والأمراض المتوطنة . وهذه الوسيلة تعتمد على اسلوب خاص في العمل لتدريب الطالب على اسلوب منهجي في التفكير يساعده في حل مشكلة طبية ويعتمد هذا الاسلوب التعليمي على تكوين مجموعات طلابية صغيرة (لاتزيد على العشرة) تحت اشراف عضو بهيئة التدريس يقوم على

كما تتميز هذه الفترة بنضج طالب الدراسات العليا بالمقارنة بطلبة المرحلة التعليمية الأولى هذا بجانب ادراكهم لمسئوليتهم في المجتمع وتفهمهم للعائد المادى الذى سيعود عليهم وعلى المجتمع من هذه الدراسات .

من نظم التعليم الطبى المتخصص :

نظام الاشراف المتعدد (النظام التقليدى)

وهو نظام تقليدى ذاتى داخل الكلية يعتمد على قيام عضو هيئة التدريس بالعمل فى مجال الدراسات العليا المرتبطة بتخصصه وذلك حتى لا يصاب بالجمود او يضطر لاجراء بحوث علمية خارج نطاق كليته أو معهده الأمر الذى يؤدى الى تشتيت جهوده .

فالفكر التقليدى يؤمن بأن الجمع بين الدراسة الجامعية الأولى والدراسات العليا فى ذات الكلية أو المعهد أمر ضرورى لتكامل البناء الجامعى اذ ان الكلية الجامعية تقوم على دعامين متلازمين هما : التعليم والبحث العلمى الذى هو جزء لا يتجزأ من الدراسات العليا ويوجه الى هذا النظام عدة انتقادات أهمها أنه يحتاج الى وفرة نسبية فى الامكانيات ، فمن الغريب أن تقوم احدى الكليات باعطاء درجة الدبلوم والماجستير ودرجة الدكتوراه فى فروع اكلينيكية مع افتقارها أساسا الى مستشفى على مستوى رفيع يقدم خدمة تدريبية عالية الكفاءة وكذلك يفقر هذا النظام الى وحدة التخطيط فى الاعداد كما يخلو من التنسيق بين الدراسات العليا المختلفة فى الجامعة الواحدة أو الجامعات المختلفة وكثيرا ما قدمت بحوث للماجستير والدكتوراه بنفس الغرض وذات الموضوع تدرس فى جامعتين مختلفتين .

النظام الموحد الكامل :

وهو نظام يعتمد على انشاء كلية مستقلة للدراسات العليا يكون لها كيان مادى وإدارى مستقل لا تتولى فقط الاشراف على الدراسات العليا بل تنهض أيضا بتنفيذها بمعنى أن تكون لها المعامل والمستشفيات التابعة لها وأقسام مستقلة تضم عددا من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين يتولون النهوض بالدراسات العليا والاشراف

توجيه الطلبة ووضعتهم على الطريق الصحيح اللازم لهذه العملية الديناميكية المستمرة .

ومن أهم خصائص هذه الطريقة :

– الأعداد الصغيرة .

– وجود مكتبة علمية كبيرة بكل ما ي صاحبها من تجهيزات تساعد الطالب فى الحصول على المعلومات .

– منهج تعليمى مفصل تفصيلا دقيقا ومتابعا بواسطة أعضاء هيئة

التدريس المدربين على هذا المنهج التعليمى .

الدراسات العليا :

يشكل قطاع الدراسات العليا بالمدارس الطبية اهمية بالغة فهو النبع الذى نحصل منه على فيض متدفق من الكفاءات الفنية العالية من أعضاء هيئة التدريس والأخصائيين المدربين كما أن قطاع الدراسات العليا هو من أهم المواقع التى تقوم بالاشراف على البحوث سواء الاكاديمية منها أو التطبيقية .

ويعتبر قطاع الدراسات العليا من أهم المراكز اللازمة لتنمية القوى البشرية العاملة فى المجال الطبى وترتفع بالتالى أجورها فى أسواق العمل سواء المحلى أو العملى مما يساعد على زيادة الدخل القومى اذ يعتبر من أفضل أنواع الاستثمار وأكثرها عائدا .

وتتميز مرحلة الدراسات العليا عن المرحلة الجامعية الأولى بكثير من الخصائص منها :

– ارتفاع تكاليف الدراسة نظرا للحاجة الى متطلبات معملية ومتطلبات للمكتبة الطبية والنوريات العلمية غالية الثمن .

– اعتماد الدراسة على اشراف مباشر من عضو لهيئة التدريس عالى الكفاءة .

– اعتماد هذه الفترة على اكتساب عمق عملى ومهارات طبية دقيقة .

– هذا بالإضافة الى حاجة طلبة الدراسات العليا الى تدريب مكثف

تحت اشراف لصيق لعضو هيئة التدريس .

على البحوث .

ومن الواضح ان هذا النظام يوفر المناخ السليم لتحقيق التكامل العلمى فى التخصصات المختلفة بالتنسيق بين جهود العاملين فى هذا المجال وتكوين الفريق العلمى المتكامل كما انه يساعد على حسن التخطيط وعدم تكرارية البحوث وتزيد من ديناميكية وحيوية المدارس الطبية اذ يكون كوادر متحركة تستطيع أن تعمل فى أية مدرسة طبية.

تنظيم التخصص بواسطة أعضاء المهنة :

ويعنى هذا التنظيم أن تقوم الجمعيات الطبية بالتدريب والتقييم ثم منح شهادات الزمالة فى فروع التخصص وهى شهادات مهنية ليس لها مردود فى السلم الأكاديمى .

التعليم الطبى المستمر :

من الواضح أن التغير السريع فى العلوم الطبية وفى كفاءة تقديم الخدمة يعلو على السلطات الطبية المعنية نوعا من المسئولية اذ ان الجماهير اصبحت على درجة من الوعى تتيح القدرة على انتقاد الاداء المهنى والخدمة الطبية ذاتها ولهذا فان من الواجب على السلطات الطبية المعنية ان تشترك فى تطوير الاداء المهنى ومراقبة تنفيذه وهذا وضع أفضل من أن تقوم جهات أخرى بالمراقبة والتقييم ويعتبر التعليم والتدريب الطبى المستمر حجر الزاوية فى هذا الشأن .

- ومن الواضح أن كل الجهود المبذولة فى هذا الوقت فى مجال التعليم والتدريب الطبى موجهة أساسا الى تقديم معلومة طبية حديثة فى حين أن الجزء الهام فى المشكلة هو التدريب على مهارات مستحدثة أو مهارات أساسية .

- كما أن هذا التغير والتحرك فى مستوى المعلومة الطبية والمهارات الجديدة لا يقابل من الأطباء العاملين بالترحيب ودعواهم فى ذلك كثرة أعباء العمل وعدم قدرتهم على اقتطاع وقت لاكتساب معلومات أو مهارات جديدة وهنا يجب على السلطات الصحية ان توازن بين ماتقدمه من ميزات تحت الأطباء على التعليم والتدريب الطبى المستمر وبين

الجانب الآخر المرتبط بتوقيع الجراء على المتخلف اذ ان توقيع الجراء أصلا عامل سلبي وأفضل السبل هو تغيير النمط التعليمى للمدارس الطبية بإدخال مناهج فكرية بها تساعد الطبيب على تكوين شخصية طبية . رغبة فى تطوير أداء المهنة باستمرار بنمط يختلف عن الأسلوب التقليدى المتبع حاليا فى كثير من مدارسنا الطبية .

- ومن الأفضل أن تقوم الجمعية الطبية المصرية بتشجيع تكوين جمعيات علمية تجمع تخصصات مختلفة فعلى سبيل المثال فان تكوين جمعية طبية ضد الالم يمكن أن تستوعب متخصصين فى الروماتيزم والعظام والطب الطبيعى والسرطان وجراحة الأعصاب ووجود متخصصين من فروع مختلفة فى مكان واحد يساعدها على تقديم برامج تدريبية مترابطة تفيد التقدم العلمى المستمر كما تفيد حسن الأداء المهنى .

- تغيير النمط الخاص فى تقديم الخدمة الطبية الى نوع من الخدمة المتكاملة اذ ينشأ نظام متكامل ومترابط لتقديم الخدمة مكون من مراحل أولية ومستشفيات قروية صغيرة ومستشفيات مركزية وعامة ذات طابع متكامل ومتعاون من ناحية القوى البشرية وبالتالى يحدث نوع من التبادل بين المراكز المختلفة مع نظام تدريبى متكامل على جميع المستويات العاملة فى المجال الطبى .

- يجب أن تبحث النقابات الطبية ضرورة اعادة تسجيل أعضائها بعد فترات زمنية وبمواصفات مرتبطة بالمستوى التدريبى اللازم لحسن الأداء .

المواصفات التى يجب توافرها لدى الخريجين :

- ان يكون على دراية بالمشاكل الصحية الرئيسية فى المجتمع ، بالإضافة الى الالام بالعلوم الطبية الأساسية والكلينيكية وطب المجتمع .

- ان يتصدى للمشاكل المتعلقة بالأمراض المتوطنة الشائعة والحالات المستعجلة المؤدية الى خطورة بالغة على الحياة .

الانجليزية للطلاب ليستطيع الخريج متابعة ما ينشر فى مجال تخصصه باللغة الانجليزية حتى تتوفر الامكانيات لتعريب الدوريات الطبية .

المشاكل التى تواجه التعليم الطبى لاعداد المرضى :

حدث فى الفترة الاخيرة الكثير من التوسع فى انشاء المدارس والمعاهد التى تقوم بتعليم وتدريب وتخريج الممرضات ولكن لازال الوضع غير مرض سواء من ناحية الكم أو الكفاءة ويرجع ذلك الى أسباب عدة تخلص فيما يلى :

- مازال تقبل المجتمع لعمل الممرضة لايتناسب مع دورها الهام فى رعاية المريض ودورها فى المجموعة الصحية المتكاملة ولم تقم أجهزة الإعلام بدور فعال فى وضع صورة الممرضة فى مكانها المناسب مما كان له أثر بالغ فى عدم اقبال الأسر على ارسال بناتهم للتعليم فى مدارس ومعاهد التمريض مع عدم وضوح المستقبل المهنى الخاص بالممرضة وبالتالي أدى الى قلة الانخراط فى هذه المدارس .

- نقص إعداد المعلم اللازم للعمل فى مدارس ومعاهد التمريض سواء كان يقوم بتقديم الدراسة النظرية أو الدراسة العملية التدريبية وفى كثير من الاحيان يترك التدريب العملى لقدامى الممرضات وهن وان كن ذوات خبرة عالية الا انهن يفتقرن الى القدرة التعليمية وربط المعلومات النظرية بالأداء المهنى بالإضافة الى عدم وجود وقت كاف لديهن لتقديم هذه المهمة بأداء كامل ، فضلا عن قصور الامكانيات المادية اللازمة لتعويضهن عن هذا الأداء الاضافى الى جانب القصور فى الدراسات العليا والتخصصية فى التمريض .

ومن المسلم به أن من أهم مبادئ قضية الخدمة الطبية الحفاظ على التوازن السليم بين اعداد الجامعيين والفنيين اللازمين لتأدية العمل بطريقة مناسبة ، لذا فان كليات الطب يجب ان تشترك فى تقدير حجم القبول فى مدارس التمريض والفنيين وعليها مسئولية كبرى فى تخريجهم وتدريبهم .

- أن يكون متفهما لأمر الوقاية الصحية .

- أن يكون حريصا على العلم باقتصايات الصحة والمرض ، واقتصايات التشخيص والعلاج .

- أن يكون متفهما للجهاز الفنى الذى يعمل من خلاله ، وعلى دراية بالنواحى القانونية اللازمة لممارسة المهنة .

- أن يكون متابعاً للعلم قادراً على التعليم الذاتى .

- أن يكون ملتزماً بسلوك المهنة فى تعامله مع المرضى وزملاء المهنة .

السنة التدريبية :

من الملاحظ أن السنة التدريبية التى هى شرط لحصول الخريج على تصريح مزاولة المهنة لم تعد تحظى بالقدر الكافى من الاهتمام مما أدى الى قصور شديد فى اكتساب المهارات خلال تلك الفترة .

تعريب التعليم الجامعى :

تتميز اللغة العربية بغناها وقدرتها على استيعاب نظم التعليم والتأليف فى مختلف العلوم ، ومنها العلوم الطبية ، فضلا عن أنها اللغة القومية .

ومن ثم يمكن استخدامها تدريجيا فى التعليم الطبى ، وفى هذا المجال يحسن الأخذ ببديل أو أكثر من البدائل الآتية

- البدء بترجمة مقرر معين يتفق عليه مثل الصحة العامة أو الطب الوقائى أو الطب الشرعى ، ووضع مراجعة له باللغة العربية الى جانب المرجع المتوفر حالياً باللغة الانجليزية كمرحلة انتقالية وبعد فترة تكرر التجربة مع مادة أخرى .

- تعريب المصطلحات الطبية ووضعها فى المراجع والمحاضرات بجانب المصطلحات باللغة الانجليزية .

- وضع تنظيم يكفل قيام الاساتذة المؤلفين للمراجع الطبية بالبدء فى تعريب مراجعهم .

على أن ذلك يستوجب ضرورة الاهتمام برفع مستوى اللغة

التوصيات

على ضوء ما تقدم ومادار في المجلس من مناقشات ، ومع التأكيد على التوصيات السابق صدورها عن المجلس في دورته الرابعة بشأن تدريب الأطباء يوصى بالآتي :

* عدم انشاء كليات جديدة للطب الا بتخطيط واضح ومسبق - يحدد الحاجة الى هذه الكلية الجديدة على أن يكون الانشاء متكاملًا من ناحية الامكانيات اللازمة للتعليم والتدريب ، مع توفير الأعداد اللازمة من أعضاء هيئة التدريس لاداء المهمة ومع الاقتصار حاليا على تدعيم الكليات الموجودة .

* تحديد أعداد المقبولين في كليات الطب المختلفة بما يتناسب مع الامكانيات التعليمية والتدريبية لكل كلية مع أهمية التعويل على ماتقره كل كلية في هذا الشأن ، مع ربط التعليم الطبي بالاحتياجات الحقيقية للمجتمع بناء على خطة مستقبلية واضحة تشترك فيها السلطات الصحية المسؤولة .

* النظر في امكان استخلاص ما اسفرت عنه تجربتنا طب قناة السويس وكلية طب المنوفية في تطبيق الاتجاهات الحديثة في التعليم الطبي وتطوير دراسته بهما بهدف الاستفادة من ايجابيات هاتين التجربتين في الكليات الأخرى بما يناسب ظروف كل منهما ومن ذلك :

- الاستفادة من المستويات الأخرى للخدمة الطبية في تعليم طلاب الطب - وبخاصة مستويات الرعاية الأولية - وعدم الاقتصار على المستشفى الجامعي .

- الاهتمام بالدراسات المستحدثة اللازمة لاداء الخدمة الصحية ، ومنها دراسة الممارسة العامة لطب الأسرة ، ودراسة الطب الاجتماعي ودراسة اقتصاديات الخدمة الصحية .

- تشجيع انشاء أقسام نوعية يستفاد فيها من الدراسات المشار اليها .

* العودة الى نظام اليوم الكامل ، لما في ذلك من تمكين للأساتذة

من اجادة التدريب والتدريس ، واثاحة الفرصة للطلبة للاستيعاب ، بما يساعد على مواجهة تفشى ظاهرة الدروس الخصوصية .

* اعطاء أولوية للانتهاء من دراسة نظم الامتحانات وتطوير المناهج ومعد الدراسة بكليات الطب .

* اعادة النظر في الغاء السنة الاعدادية في كليات الطب وذلك بالرجوع الى ما يجرى عليه العمل في الخارج في هذا الشأن لأهمية البدء بدراسة العلوم الأساسية البحتة .

* التركيز بصفة أساسية في مجال التعليم والتدريب الطبي على اكتساب المهارات والخبرات المستحدثة والأساسية واستخدامها الى جانب تقديم المعلومات الطبية الحديثة .

* النظر في تدريس الخدمات الطبية العاجلة بأنواعها المختلفة ضمن برامج كليات الطب ودراساتها العليا .

* اتباع المناهج الفكرية التي تساعد الطبيب على تكوين شخصية طبية راغبة في تطوير أداء المهنة باستمرار والابتعاد ما أمكن عن أسلوب التلقين المتبع حاليا .

* ادخال مادة السلوك المهني الطبي ضمن المناهج الدراسية بكليات الطب المختلفة واعتبارها مادة أساسية من مواد الدراسة .

* قيام المجلس الأعلى للجامعات بتدريس كيفية انشاء جهاز للدراسات العليا والبحوث بالجامعات يتبع نائب رئيس الجامعة المختص بالتخطيط والتنسيق في اعداد المناهج ومستويات التقييم وضمان عدم تكرار البحوث بالجامعات المختلفة .

* أن يعيد المجلس الأعلى للجامعات النظر في أن تكون درجة الدكتوراه في أفرع الطب المختلفة شهادة قومية موحدة .

* اعادة النظر في نظام معادلة الشهادات التي تمنح للخريجين الحاصلين على بكالوريوس الطب من الجامعات بالخارج بحيث لايسمح بمعادلة هذه الشهادات الا اذا كانت متفقة ومتوائمة مع متطلبات المجتمع والبيئة المحلية مع اشتراط مبدأ المعاملة بالمثل الى جانب توافر المستوى

العلمي المطلوب .

* دعوة كليات الطب الى الإعداد للتدريس باللغة العربية تدريجيا ويمكن البدء فى بعض المواد مثل الطب الشرعى وطب المجتمع وهذا يتطلب الاهتمام بالانتقاء من ترجمة المصطلحات الطبية وتضمينها بالمراجع المستخدمة والعمل على ترجمة أمهات الكتب والدوريات الطبية المختلفة .

* تقديم الخدمات الصحية بطريقة مترابطة وأن تتكون وحدات ترتبط فيها الرعاية الطبية الأولية بالمستشفى المركزى ثم المستشفى التعليمى مع وجود اسلوب واضح لتحويل المرضى من مستوى الى آخر وسيؤدى ذلك الى امكان تدريب أعضاء المهن الصحية فى جميع المستويات بطريقة متعادلة سواء من الناحية العلاجية او الوقائية .

* وضع تنظيم مشترك بين وزارة الصحة والجامعات والمؤسسات للاستفادة من توفير الامكانيات المتوفرة بكافة المستشفيات فى الدراسة والتدريب للطلاب والأسرة بصفة خاصة .

* يجب أن يكون التدريب الطبى المستمر جزءا هاما مرتبطا بحسن الأداء المهني تشرف عليه وزارة الصحة ونقابة الأطباء والجمعية الطبية المصرية ، ويكون مبنيا أساسا على تحسين الأداء أكثر من اهتمامه بالناحية النظرية مع اتباع نظام لاعادة تسجيل الأطباء كل فترة محددة ترتبط ببرامج للتعليم الطبى المستمر يلتزم الأطباء بحضورها كل حسب مستواه المهني ، وفى هذا الصدد يراعى ما يلى :

- التركيز على الكيف فى التدريب .

- أن يحدد مستوى أداء الطبيب وفقا لتطوير العلوم الطبية .

- تقييم أداء الطبيب كل فترة زمنية بمعايير موضوعية .

- جعل التدريب دوريا فى كافة مراحل ممارسة الأطباء للمهنة .

- انشاء معهد للتدريب الطبى .

- عمل بطاقة لكل طبيب متدرب يثبت فيها ما تم تدريبه عليه لأخذها

فى الاعتبار عند النظر فى استكمال مراحل تدريبه .

- ربط التدريب بجرعة من الحوافز من بينها ان يؤخذ فى الاعتبار عند الاختيار للبعثات ، وأن يعامل الأخصائيون ومساعدو الأخصائيين ماليا مثل زملائهم بالمعاهد والمستشفيات التعليمية طالما تفرغوا للتدريب .

- الارتفاع بنسبة الأخصائيين الى الممارسين حتى تصل الى ٢٠٪ على الأقل .

* اتخاذ كافة الاجراءات التنظيمية والادارية الكفيلة بانتظام أعضاء هيئة التدريس فى العملية التعليمية والتدريبية للطلبة - ويمكن الرجوع فى ذلك الى مايجرى عليه العمل بالخارج - مما يعد حجر الأساس فى القضاء على ظاهرة الدروس الخصوصية .

* الاهتمام بالتعليم الطبى للفئات المعاونة وخاصة الممرضات والفنيين وتطوير مدارس التمريض ومناهجها واعداد معلميهما والارتفاع بمستوى التمريض يراعى ما يلى :

- زيادة عدد معاهد التمريض وعدد شعب التمريض بالمعاهد الفنية الصحية وانشاء معهد عال للتمريض بكل جامعة لمواجهة النقص فى عدد ممرضات المستوى الأول .

- النظر فى انشاء مدارس او شعب تمريض للرجال لسد النقص فى أعمال التمريض فى التخصصات التى تستدعى ، أو يفضل ، أن يقوم بها ممرضون من الرجال .

- انشاء مراكز تدريب للتمريض فى كل محافظة وذلك لتدريب المستجيدات وتحسين مستوى أداء الممرضات العاملات .

- الاهتمام ببرامج التدريب العملى داخل المستشفيات ودراسة اماكن العودة الى نظام المبيت فى مدارس التمريض مع التوسع فى مجالات الخدمة لممرضات الصحة العامة لتشمل كافة احتياجات المجتمع .

- التوسع فى البعثات الخارجية للتدريب على أعمال التمريض .

- قصر عمل الممرضات على خدمات التمريض واعطائهن من الأعمال الأخرى مثل التغذية ، العهد ، الأعمال المكتبية .

- وضع سلطات محددة لرئاسة هيئة التمريض بالمستشفى تتناسب مع المسؤوليات الملقاة عليها حتى تتمكن من أداء عملها .
- العمل على تشكيل اتحاد عام لطالبات مدارس التمريض ، وإنشاء نقابة لهيئة التمريض تعمل على رفع المستوى العلمى والعلمى للمهنة .
- على ان تلحق مستقبلا باتحاد نقابات المهن الطبية .
- إبراز العمل الانسانى لمهنة التمريض بوسائل الاعلام المختلفة .

الرعاية الصحية للمسنين

رعاية المسنين وتكريمهم واجب تمليه القيم والاخلاقية ، اعترافا بما قدموه للمجتمع من خدمات ، وردا لبعض ما أسهموا به فى خدمة بلادهم خلال سنوات عملهم وعطائهم .

واذا كانت مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح على المستوى القومى والدولى فان مرحلة الشيخوخة لم تحظ بنفس القدر من الاهتمام وخاصة فى البلاد النامية .

ورعاية صحة المسنين لها جوانبها الصحية والاقتصادية والاجتماعية ، التى تستلزم الاهتمام بها ، باعتبارها مسئولية قومية .

ويتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بأنها مرحلة العمر التى تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية فى التدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه فى الفترات السابقة من العمر .

لكن من الناحية الاحصائية ، كان لابد من الاتفاق على سن معين افتراضى ، وقد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، عام ١٩٧٢ ، سن الخامسة والستين على انه بداية الاعمار ، باعتبار أن هذا السن يتفق مع سن التقاعد فى معظم البلدان ، على أن سن الاحالة الى التقاعد لمعظم العاملين فى مصر هو سن الستين ، وعلى هذا يتعين - لأغراض التقاعد واستحقاق التأمينات الاجتماعية وغيرها - أن يعتبر المسن فى مصر هو من بلغ الستين وإن كانت نسبة كبيرة ومتزايدة ممن يبلغون هذه السن يحتفظون بكامل قواهم الجسمية والعقلية ، ونظرا لما اكتسبوه من تجارب وخبرات ، فان حرمان المجتمع من خدماتهم عند هذه السن يمثل نوعا من الخسارة ، وخصوصا فى المجالات التى تحتاج فيها البلاد الى كفاءات خاصة مع وجود نقص فيها .

حجم المشكلة :

يوجد فى العالم الآن أكثر من ٣٧٦ مليونا يبلغون من العمر ٦٠ عاما أو أكثر يشكلون ٨.٥ ٪ من مجموع سكان العالم ، ومن هؤلاء ١٧١ مليونا فى البلاد المتقدمة يشكلون ١٥ ٪ من مجموع سكانها ، و٢٠.٥ ملايين فى البلاد النامية يشكلون ٦.٢ ٪ من مجموع سكانها ، أى أن البلاد النامية بها ٥٥ ٪ من أعداد المسنين فى العالم .

ومن المتوقع أن يصل عدد من يبلغون ٦٠ عاما أو أكثر ، بحلول عام ألفين ، ٥٩٠ مليونا ، منهم ٢٣٠ مليونا فى البلاد المتقدمة ، و٣٦٠ مليونا فى البلاد النامية .

وترتبط الزيادة فى نسبة المسنين وفى أعدادهم بزيادة متوسط الاعمار وتوقعات الحياة نتيجة تحسن الأحوال الصحية والاجتماعية ، وانخفاض معدلات الوفيات وخاصة فى البلاد النامية ، وقد كانت توقعات الحياة فى الخمسينات (١٩٥٠ - ١٩٥٥) هى ٦٥ عاما فى البلاد المتقدمة ، و٤٢ عاما فى البلاد النامية ، وقد تزايد فى الفترة ما بين عامى ١٩٧٥ / ١٩٨٠ ، حتى بلغت ٧٢ عاما فى البلاد المتقدمة ، و ٥٥ عاما فى البلاد النامية وهناك مؤشرات تدل على تزايد معدل زيادة المسنين فى العالم الى ٥٧ ٪ من عام ١٩٨٠ حتى عام ٢٠٠٠ وإلى ٦٥ ٪

من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠٢٠ .

وفى البلاد جميعها متقدمة ونامية ، يتزايد عدد المسنين بسرعة أكبر نسبيا من سرعة تزايد الأقل سنا فى الفترة ما بين ١٩٦٠ / ١٩٨٠ كان معدل الزيادة بين من يتجاوزون السبعين فى العالم ٦٠ ٪ ، بينما معد الزيادة فى فئات الأعمار ٦٠ - ٦٩ هى ٤٤ ٪ . هذا ويزيد عدد النساء فى الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر عن عدد الرجال على مستوى العالم ولما كان عدم التوازن بين الذكور والاناث فى الاعمار المرتفعة ينجم أساسا عن الموت المبكر للرجال الذين يكونون فى العادة أزواجا وآباء ، فان ذلك يقترب بقرمل النساء وزيادة الأسر ذات العائل الواحد (الأم) والى بدون عائل ، وانخفاض دخل الأسرة . كما أنه سوف يواجه المشاكل الصحية للمسنين أكثر نحو مشاكل النساء المسنات واحتياجاتهن .

وبالنسبة للوضع فى مصر ، يبين الجدول على الصفحة التالية توزيع السكان فى المراحل العمرية المختلفة ، طبقا لحصر السكان الذى قام به الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء عام ١٩٨٣ ، وقد بلغ مجموع السكان حوالى ٤٦ مليون نسمة ، ومنه يتضح أن نسبة من هم فى سن ٦٠ عاما فأكثر كانت ٦.١ ٪ من مجموع السكان ، وأن هناك زيادة طفيفة فى عدد الاناث عن عدد الذكور فى هذه الاعمار .

ويبين الجدول بصفحة ٢٩٦ ، طبقا لاحصاءات وزارة الصحة ، أعداد المسنين ونسبتهم للسكان ، ومتوسط العمر خلال السنوات ١٩٦٠ / ١٩٨٣ (بصرف النظر عن الاختلاف الطفيف فى تقدير نسبة المسنين عام ١٩٨٣ فى هذا الاحصاء والاحصاء الصادر عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء) ويوضح هذا الجدول أن النسبة المئوية للمسنين بقدر زادت زيادة مطردة ، خلال هذه الاعوام ، من ٥ ٪ الى ٦.٢ ٪ ، وأن نسبة الاناث فى هذه المرحلة من الاعمار قد ظلت تفوق بقدر ضئيل نسبة الذكور ، وأن زيادة نسبة المسنين قد واكبت الارتفاع فى متوسط الاعمار عند الميلاد .

المشكلات الطبية :

يصاب كبار السن أكثر من غيرهم بالأمراض ، ويحتاجون الى رعاية طبية أكثر ، وهناك أمراض ذات أهمية خاصة بالنسبة لكبار السن ، منها :

× امراض القلب الوعائية : وتمثل قصور الدورة التاجية والأزمات القلبية واضطرابات النسق ، وتكلس الصمامات ، وارتفاع ضغط الدم وأحيانا انخفاضه .

× أمراض الأوعية الدموية : وتشمل انسداد الشرايين المفاجيء والبطيء بالأطراف وتجلط الأوردة والتهاباتها ، والنوالى .

× امراض المخ الوعائية : وتشمل قصور الدورة المخية ، وتصلب شرايين المخ والسكتة المخية .

× الامراض العصبية : الأورام الدموية تحت الام الجافية ، والأورام المخية الأولية والثانوية ، ومرض باركنسون أو الشلل الرعاش .

× أمراض الدم : وتشمل الانيميا بأنواعها ، واللوكيميا وخاصة اللمفاوية .

× امراض الجهاز الهضمى : وتشمل سرطان الجهاز الهضمى والقولون ، والاسهال .

× امراض الجهاز البولى : ومن أهمها تضخم البروستاتا وسرطانها ، والسلس البولى .

× مرض السكر : وهو عادة من النوع غير المعتمد على الانسولين .

× امراض الجهاز الحركى : وبصفة خاصة الأمراض التنكسية للمفاصل وخلخة العظام ، والالتهابات المفصالية العظمية ، والتهاب المفاصل الفقارية ، وسهولة التعرض للكسور .

× أمراض الجهاز التنفسى : وتشمل النزلات الشعبية والامفيزيما ، والالتهاب الرئوى ، والربو ، والسل الرئوى ، وسرطان الشعب والرئة .

× أمراض الأذن الخارجية والوسطى والداخلية ، وتكلس عظام الأذن الداخلية ، والطنين وفقد السمع .

× أمراض العين : وتشمل عتامات القرنية ، وعتامات العدسة

توزيع السكان في المراحل السنية المختلفة

| فئة السن | النسبة المئوية من السكان | | العدد الافتراضى للفئة السنية | | الاجمالى |
|------------|--------------------------|-------|------------------------------|------|----------|
| | ذكور | إناث | ذكور | إناث | |
| أقل من سنة | | (١.٩) | ١٢٥٤ | | ١,٢٥٤ |
| ١ - ٥ | | ١١,٩ | ٥٤٧٤ | | ٥,٤٧٤ |
| ٥ - ١٠ | | ١٢,٨ | ٥٨٨٨ | | ٥,٨٨٨ |
| ١٠ - ١٥ | ٧,١ | ٦,٢ | ٣٢٦٦ | ٢٨٥٢ | ٦,١١٨ |
| ١٥ - ٢٠ | ٥,٨ | ٥,١ | ٢٦٦٨ | ٢٣٤٦ | ٥,٠١٤ |
| ٢٠ - ٢٥ | ٧,٨ | ٨,٠٠ | ٣٥٨٨ | ٣٦٨٠ | ٧,٢٦٨ |
| ٢٥ - ٣٠ | ٥,٦ | ٥,٨ | ٢٥٧٦ | ٢٦٦٨ | ٥,٢٤٤ |
| ٣٠ - ٤٠ | ٤,٦ | ٤,٦ | ٢١١٦ | ٢١١٦ | ٤,٢٣٢ |
| ٤٠ - ٥٠ | ٣,٣ | ٣,١ | ١٥١٨ | ١٤٢٦ | ٢,٩٤٤ |
| ٥٠ - ٦٠ | ٣,٠ | ٣,١ | ١٣٨٠ | ١٤٢٦ | ٢,٨٠٦ |

• بنى على حصر السكان لعام ١٩٨٣ البالغ ٤٦ مليون نسمة

• مقدرا بالآلاف نسمة

• المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء .

البيانات الناتجة عن أعداد المسنين ونسبتهم للسكان ومتوسط العمر خلال السنوات ١٩٦٠ - ١٩٨٣

| عدد المسنين ذكور لكل ١٠٠ أنثى | اناث | | ذكور | | النسبة المئوية للمسنين | عدد المسنين الإجمالي | التعداد العام | السنة |
|--|----------------------------|-----------|----------------------------|-----------|------------------------------|-------------------------|---------------|-------|
| | متوسط العمر عند الميلاد | عدد | متوسط العمر عند الميلاد | عدد | | | | |
| ٩٢ | ٤٦,٢٤١ | ٧٠٠,٠٠٠ | ٤٨,٧٥ | ٦٤٣,٠٠٠ | %٥ | ١,٣٤٣,٠٠٠ | ٢٦,٠٨٥,٠٠٠ | ١٩٦٠ |
| ٩٨ | ٤٨,٤٩٤ | ٧٧٥,٠٠٠ | ٥١,٢٥ | ٧٥٩,٠٠٠ | %٥,١ | ١,٥٣٤,٠٠٠ | ٣٠,٠٧٦,٠٠٠ | ١٩٦٦ |
| ٩٦ | ٥٣,٨٠ | ١,١٦٥,٦٣٤ | ٥١,٦٠ | ١,١٢١,٦٨٢ | %٦ | ٢,٢٨٧,٣١٦ | ٣٨,١٩٨,٠٠٠ | ١٩٧٦ |
| ٩٧ | ٥٨,٤٠ | ١,٤١٦,٠٠٠ | ٥٥,٩٠ | ١,٤٥٧,٠٠٠ | %٦,٢ | ٢,٨٧٣,٠٠٠ | ٤٥,٨٨٦,٠٠٠ | ١٩٨٣ |

وقد اوردت منظمة الصحة العالمية التصنيف التالى للاضطرابات النفسية والعقلية فى المسنين :

- الذهان الشيخوخى الضمورى .
- اضمحلال القوى العقلية الشيخوخى
- الذهان الناشء عن تصلب الشرايين وغيره من الامراض المخية الوعائية .
- حالات التخليط الحادة
- الذهان العاطفى : ويشمل :
- الاكتئاب
- الهوس
- انفصام الشخصية : (شيزوفرانيا) .
- اعراض جنون الاضطهاد : (بارانويا)
- العصاب : (النورستانيا) .
- تغيرات الشخصية
- بعض المشكلات الاجتماعية :
- كان من آثار تقلص نظام الأسرة الكبيرة - تحت ضغط المجتمع الحديث واقتصاد الأسرة بمعناها الضيق (الوالدين والأبناء) على اعادة نفسها - ظهور الاتجاه الى تضيق التزامات الأقارب فى اعادة كبار السن ، الأمر الذى نقل هذا العبء الى كاهل المجتمع كاملا .
- ولقد ادى انتشار الأسر الصغيرة الى حرمان معظم كبار السن من شعور الارتباط بالمجتمع ، كما أن الاحالة الاجبارية الى المعاش قد أدت الى الحكم على أفراد هذه الفئة بأن يمارسوا حياة معلة غير منتجة تسير على وتيرة واحدة حتى نهاية العمر ، فضلا عن أن اعتزالهم الخدمة ، يؤدى الى نقص مواردهم ، بحيث تقتصر اعاليتهم فى غالب الأحيان على ما تمنحه الدولة لهم من معاش .
- ومن الواضح أن عددا كبيرا من المسنين يتعرض لنقص الموارد اللازمة لنفقات المعيشة باعتبار أن المعاش يمثل الدخل الرئيسى لغالبية هذه الفئات .

(الكارتراكات) ، وانفصال الشبكية ، وفقدان البصر .

× أمراض الأسنان : وأهمها أمراض الأنسجة الدعامية للأسنان ، وتخلخل الأسنان وفقدان جميعها ، والحاجة الى الاستعاضة الصناعية الكاملة للأسنان .

× أمراض الجهاز التناسلى عند المرأة وخاصة الأورام الخبيثة .

ولابد أن تشمل الرعاية الطبية للمسنين الاكتشاف المبكر لهذه الأمراض عند حدوثها خاصة وأن أعراضها فى الشيخوخة قد تكون غير واضحة ، أو لا يحسن المسن التعبير عنها ، وعلاجها ، نظرا لانخفاض المقاومة العامة .

مشكلات الأمراض النفسية والعقلية :

أدت زيادة نسبة كبار السن فى معظم البلاد الى مشكلات طبية واجتماعية واقتصادية معقدة دعت الخدمات الصحية والاجتماعية لتوجيه الاهتمام الى المسائل المتصلة بالتقدم فى السن ، ولعل من أهم هذه المشاكل المرض العقلى اذ تزداد فرصة الاصابة به بتقدم العمر، ولهذا فان الاضطرابات العقلية من أهم ما يواجه المقيمين فى مؤسسات المسنين بمختلف أنواعها ، وهى تمثل - فى الدول المتقدمة - السبب الأول للمرض المزمن فى كبار السن .

ولقد حدث تطور هام فى الاعوام الأخيرة ، وأوضح أن كثيرا من الاضطرابات العقلية التى كانت تعزى فى الماضى الى تغيرات تنكسية أو الى تصلب الشرايين فى المسنين ليس لها علاقة كبيرة بمثل هذه التغيرات ، وفى كثير من الأحيان يمكن أن تستجيب للعلاج ، على أن هذه التغيرات التنكسية هى التى تحدث الأمراض المزمنة والمعوقة والمستعصية ، ثم انها تضافى لونا خاصا على عدد من الاضطرابات الحميدة نسبيا .

- وجدير بالذكر أن العلاقة بين الاضطراب الجسدى والعقل تزداد توثقا بالتقدم فى السن ، وتلعب العوامل البيولوجية والطبيعية والاجتماعية دورها كأسباب وعوامل مساعدة وآثار للمرض العقلى فى المسنين .

على أن فئة المسنين يجب ألا ينظر اليها على أنها تضم أفرادا انتهى دورهم في الحياة وأصبحوا عالة على المجتمع ، بل يجب أن ينظر اليهم نظرة تكريم وعرفان لما أنوه لهذا المجتمع طيلة عمرهم ، وأن أى جهد يبذله المجتمع في سبيلهم ماهر الا رد لبعض ما أدوه ، لذلك كان لزاما على الدولة أن تتكفل بالرعاية المعيشية لهؤلاء المسنين ، عن طريق تدابير حاسمة من التعرض للعوز والمرض والقلق ، وتوفير الرعاية الاجتماعية لفئة المسنين أمر لامتليه القيم والتقاليد الدينية والأخلاقية فحسب ، وانما هي أيضا عملية لها عائداتها الاقتصادية ، اذ اثبتت الدراسات والبحوث والتجارب العملية امكان الاستفادة من كبار السن ، بما يتوافر لديهم من خبرات ووقت وطاقة في بعض الأعمال الى يحتاجها المجتمع وتدر عائدا اقتصاديا .

ومن الأمثلة التي اكدت التجربة نجاحها ، مااستحدثه قانون تنظيم الجامعات الصادر عام ١٩٧٢ ، من تعيين الاساتذة بعد سن الستين كاساتذة متفرغين ، للانتفاع بخبراتهم العلمية في التدريس والاشراف على البحوث ، وحتى لا تفقد الجامعات خبرات في قمته العلمية الراسخة ، ويتم هذا التعيين تلقائيا من سن الستين حتى الخامسة والستين ، ثم يتم تجديده بعد ذلك كل عامين دون تحديد سن أقصى ، ولعل من امثلة ذلك : أن وزارة الخارجية البريطانية تستعين بالسفراء الذين أحيلوا الى التقاعد في مراسم استقبال الوزراء والسفراء وكبار الزوار الأجانب عند قدومهم الى بريطانيا أو الى مغادرتها ، ومصاحبة هؤلاء الزوار أثناء استضافتهم وفي تحركاتهم ، مما أدى الى توفير وقت وجهد الوزراء والمسئولين ، وفي نفس الوقت أتاح دخلا اضافيا لهؤلاء السفراء المتقاعدين ، الى جانب الناحية النفسية من اشعارهم بالحاجة اليهم ومشاركتهم في خدمة بلادهم في مجالات محببة اليهم ومناسبة لهم .

رعاية المسنين في مصر

تتعدد وسائل رعاية المسنين في العالم وخاصة بالنسبة للعلاج والايواء ، وتتخذ هذه الرعاية صورا شتى ، منها دور الايواء ، والاسكان

المحمى ، والمستشفى النهارى والنادى الاجتماعى .

أما في مصر ، فتبرز أهم وسائل رعاية المسنين فيما يأتى :
معاش الشيخوخة :

صدر القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ بهدف تأمين الشيخوخة ، وكفالة استمرار الدخل للمؤمن عليه ، وفي حالة انقطاع دخله من العمل لبلوغه سن التقاعد المنصوص عليه بنظام التوظيف ، متى زادت مدة الاشتراك في التأمين عن ٩ سنوات .

وقد بلغ عدد المنتفعين - عام ٨٢/٨٤ - من نظام المعاشات ١.٠٦٢.٠٠٠ مليون واثنين وستين الفا) ، وهذا عدا المعاش الذى استحدث بديلا لاعانات الضمان الاجتماعى ، والذي سمي بمعاش السادات ، وقدره عشرة جنيهات شهريا للفرد ، ويمنح لمن بلغ سن الخامسة والستين ولم يكن له معاش حكومى .

الرعاية الاجتماعية :

تتضمن أحكام المادة ١٠٠ من قانون التأمين الاجتماعى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ : التزام كل من الهيئة العامة للتأمين والمعاشات والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، بأن يتخذوا الخطوات التنفيذية اللازمة خلال خمس سنوات من تاريخ العمل بهذا القانون ، للبدء فى انشاء دور لرعاية أصحاب المعاشات المنتفعين بأحكام ذلك القانون ، اما مباشرة أو بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية ، لتقديم الرعاية الاجتماعية والمعيشية لأصحاب المعاشات ، المشار اليهم ، فى ظروف ميسرة وخاصة ، فى حالة عدم وجود عائلات لهم .

وتشمل هذه الرعاية الاجتماعية ، كما اوردها القانون ، ما يلى :

- الاقامة الكاملة لما فيها من مسكن ومأكل ومشرب .

- توفير المكتبات الثقافية والنادى المزودة ببعض وسائل التسلية المناسبة .

- توفير الخبراء والمشرفين اللذين لادارة هذه الدور ممن تتوافر فيهم صفات خاصة تتلاءم وظروف المنتفعين .

- توفير الوسائل الترفيهية كالرحلات والعروض المسرحية والمصايف والمشاتى وزيارة الحدائق العامة .

وبلغت تكلفة المسن ٥٥٠ جنيه سنويا .

الأندية الاجتماعية :

وتلزم هذه الأندية أنواع الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية والتروحية ، لكبار السن الذين يقيمون فى بيئاتهم وبين ذويهم ، ويترددون عليها لشغل أوقاتهم بصحبة اقربائهم وممارسة بعض الهوايات والأنشطة .

وقد بلغ عدد هذه الأندية ١٨ ناديا ، منها خمسة بالقاهرة واثنان بالغيم ، والباقي بمحافظات الاسكندرية وبورسعيد والاسماعيلية ، والدقهلية والشرقية وكفر الشيخ والغربية والبحيرة ، والجيزة وبني سويف وأسيوط ، حيث يوجد ناد بكل من هذه المحافظات .

وتشير الاحصاءات الى أن عدد من اشترك فى هذه الأندية بلغ ١٨٤٠ مسنا ، بمتوسط ١٠٨ من المسنين لكل ناد .

ويوضح أن هذه الخدمات مراضعة - سواء ماتقدمه دور الإقامة أو الاندية - بالنسبة لعدد المسنين ، وأن هناك محافظات عدة محرومة منها ، كما أن البنود الواردة بالقانون لم تطبق عليها برغم مرور أكثر من عشر سنوات على صدوره ويقتضى الأمر التوسع فى انشائها وقيام الهيئتين التأمينيتين بدورهما الذى أوجبه القانون بإنشاء هذه المؤسسات - مباشرة أو عن طريق الجمعيات الأهلية ، وكذا تنفيذ باقى التوصيات الواردة فى القانون .

الرعاية الصحية :

يتمتع المسن بالرعاية الصحية التى توفرها الدولة للمواطنين فى ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة ، وقد اتجهت وزارة الصحة الى تخصيص عدد من الاسرة لرعاية المسنين فى بعض مستشفياتها العامة .

وقد عمل قانون التأمين الصحى رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ على كفالة حق المجال الى المعاش فى الرعاية التأمينية الصحية ، نظير اشتراك رمزى بواقع ١ ٪ من المعاش الشهري ويتمتع المسن من خلال هذا النظام بكل عناصر الخدمة الطبية التأمينية .

كما أجاز القانون الاستعانة بخبرات وقدرات المنتفعين بالرعاية الاجتماعية فى أعمال مناسبة لحالة كل منهم ، فى مقابل مكافآت رمزية ، بشرط أن ترتبط الأعمال التى تسند اليهم بأعمالهم الاصلية التى كانوا يؤدونها قبل انتهاء خدمتهم .

كما طالب القانون بتقسيم دور الرعاية الاجتماعية الى درجات تتناسب وأنواع المنتفعين وحالتهم الصحية ، والمستوى المعيشى والأسرى والثقافى الذى كانوا يعيشون فيه قبل انتهاء الخدمة وأجازت المادة ١٠٣ من القانون منح اصحاب المعاشات تيسيرات خاصة منها :

- تخفيض فى تعريفه المواصلات العامة .

- تخفيض فى أسعار الدخول للنوادر والمتاحف والمعارض ودور السينما والمسرح .

- تخفيض نفقات الإقامة فى المؤسسات العلاجية التابعة للدولة .

- تخفيض فى نفقات الرحلات التى تنظمها أجهزة الدولة .

وتنفذا لهذا القانون قامت الهيئة التأمينية - بالاتفاق مع وزارة الشؤون الاجتماعية والجمعيات الأهلية - بإنشاء دارين بضاحية مصر الجديدة بلغت تكلفتها عدة ملايين من الجنيهات ، كتجربة يمكن تعميمها فى جميع المحافظات .

كما قامت بعض الجمعيات الأهلية ، بدعم من وزارة الشؤون الاجتماعية ، بتقديم بعض أنواع الرعاية الاجتماعية متمثلة فى :

- مؤسسات الإقامة : وتكون الإقامة فيها اما بأجر يغطى التكلفة الفعلية ، أو بأجر منخفض تغطى جزءا منها أو مجانية وهذه المؤسسات تناسب من فقدوا الشريك ويعانون من الوحدة .

وقد بلغت هذه المؤسسات ٣٧ مؤسسة فى القاهرة والاسكندرية وبور سعيد والدقهلية والغربية والبحيرة والغيم ، وتبلغ سعتها ألفين من المسنين ، على أنه - طبقا لاحصاء لوزارة الشؤون الاجتماعية عام ١٩٨٢ - تبين أن جملة من استطاعت هذه المؤسسات تقديم الخدمة اليهم لم يزد عن ١٨٠٠ مسن ، خلال العام المذكور ، أى بنسبة اشغال ٩٠ ٪

التوصيات

على ضوء التقرير السابق وما تضمنه بشأن أهمية مواصلة المسنين لما يناسبهم من أعمال إنتاجية وخدمية ، فسوف تقوم الشعب المعنية بالجالس القومية بدراسة ما يأتى :

× نظام التقاعد والاحالة على المعاش المطبق حاليا ، للنظر فى مد الخدمة بعد الستين فى بعض المجالات ، طالما كان العامل قادرا على مواصلة العمل .

× كيفية مواصلة استخدام المسنين فى الأعمال الانتاجية والوظائف الخدمية .

وعلى ضوء ماسبق جميعه : يوصى بما يأتى :

* أن تكون رعاية كبار السن جزءا لا يتجزأ من السياسة الاجتماعية وضمن خطة التنمية القومية ، وأن تراجع سياستها الحالية على ضوء استعداد المجتمع المصرى للتكيف مع اتجاهات التركيب العمرى للسكان ومتغيراتها .

* الاهتمام بتحسين ظروف البيئة للمسنين بطريقة تقلل من تعرضهم للمرض والعجز والحوادث ، ومن أمثلة ذلك : تحسين التغذية والاسكان وتوفير الأمان لتقليل التعرض للحوادث فى البيت وفى الطريق مع الاهتمام بالتثقيف الصحى للمسنين وأسره ، والتوعية العامة بطبيعة المشكلات الصحية للمسنين وكيفية مواجهتها ، والحرص على تجنب الاسراف أو الخطأ فى تناولهم للدواء .

* وضع نظام متكامل ، مركزيا ومحليا ، لرعاية المسنين فى مصر يتضمن كافة العناصر الكفيلة بتحقيق هذه الرعاية ، وفى مقدمتها :

- توفير الخدمات اللازمة للمسن المقيم فى منزله ، لاتاحة الفرصة له للبقاء فيه أطول مدة ممكنة .

- توفير الرعاية الطبية والاجتماعية والتأهيلية للمسنين المقيمين فى منازلهم أو فى المساكن المحمية المقترحة ، ويشمل ذلك إجراء الكشف الدورية للاكتشاف المبكر لأمراض المسنين العضوية والنفسية وأعراضها

على أن عدد أصحاب المعاشات الذين يتمتعون بهذا النظام لم يتجاوز ١٠٦ آلاف منتفع حتى آخر يونيو ١٩٨٥ ، من مجموع أصحاب المعاشات الذى يزيد على المليون ، ويرجع ذلك الى بعض المعوقات المتصلة باللوائح التى وضعت فى البداية لتنظيم الانتفاع بهذا الحق ، ولعل أهم المعوقات يتمثل فى أن دخول مزيد من أصحاب المعاشات تحت رعاية الهيئة العامة للتأمين الصحى يعتبر عبئا لاتستطيع القيام به ، نظرا لزيادة تكلفة الرعاية الطبية للمسن ، مع ضالة الموارد المقصورة على ١ / من نسبة المعاش ، يعكس الموظف أو العامل الذى يتحمل صاحب العمل اثناء عمله ٣ ٪ من الأجر ، بالاضافة الى ما يتحملة المؤمن شخصا .

لقد بلغ اشتراك صاحب المعاش ، فى المتوسط فى تأمين المرضى ، حوالى خمسة جنيهات سنويا ، بينما بلغ متوسط تكلفة علاجه حوالى ٦٠ جنيها ، أى بعجز قدره ٥٥ جنيها سنويا لكل مؤمن ، أى حوالى ٦ مليون جنيه سنويا يتحملها التأمين الصحى ، وذلك رغم ضالة عدد المنتفعين بالنظام .

ولما كان نظام التأمين الصحى الاجتماعى هو فى الوقت الحاضر خير مظلة يمكن أن يستظل بها صاحب المعاش ، فيجب اعادة النظر فى هذا النظام ، واتاحة الفرصة لكل من يرغب فى الانتفاع بالرعاية الصحية التأمينية من خلاله ، وذلك بأن تعتبر الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية والهيئة العامة للتأمين والمعاشات هما المسئولتان طبقا للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ، عن رعاية الموظف أو العامل اجتماعيا ومعيشيا بعد احواله الى المعاش ، وبالتالي تشمل مسئوليتهما الرعاية الصحية .

وقد دخلت الجمعيات الأهلية مجال الخدمة الصحية للمسنين منذ عام ١٩٨٢ ، حيث انشئت مركزيتان باسم رعاية المسنين وصحة المسنين وتسعى كل منهما الى سد النقص فى المؤسسات والخدمات الصحية للمسنين ، مثل أنظمة الخدمة الطبية والتمريض المنزلى ، ودور الحضانه الطبية للمسنين المعوقين وتقوم وزارة الشؤون ووزارة الصحة بدعم هذه الجهود التطوعية .

والجمعيات العلمية التي تهتم بالمسنين ، وإنشاء أقسام لطلب المسنين
بكلية الطب ، ودعم القائم منها حاليا .

* النظر في إنشاء لجنة عليا أو جهاز قومي لرعاية المسنين ، تشمل
اختصاصاته المجالات الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية ،
ويكون من مهامه التدريب والبحث العلمى والتخطيط لخدمات رعاية
المسنين على مستوى الجمهورية .

* العمل على تنفيذ ماورد فى قانون التأمينات الاجتماعية خاصة
برعاية المسنين ، بوضع نظام دقيق للمتابعة والاشراف .

الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨

استراتيجية للارتقاء بمستوى

الأداء فى المستشفيات

تؤدى المستشفيات دورا حيويا هاما داخل الاطار الكلى للرعاية
الطبية والصحة العامة ، اذ يعتبر المستشفى فى المفهوم الحديث مؤسسة
اجتماعية تعمل على تقديم الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجى
والوقائى للمواطنين ، وتصل بخدماتها الخارجية الى الأسرة فى بيتها
المركزية وهى أيضا مركز لتدريب العاملين فى الخدمة الصحية ولإجراء
البحوث الطبية .

وحتى يكون المستشفى أكثر قربا من المجتمع ، فينبغى أن يقدم

٣٠١

الأولى ، بما يسهل علاجها ويقلل من آثار العجز الدائم ، ويتطلب ذلك
دعم قطاع الرعاية الصحية الأساسية بالخبرة فى الرعاية للمسنين مع
الاستعانة بالجهود التطوعية .

- الأخذ بنظام المستشفيات النهارية المتبع فى الخارج ، لخدمة
المسنين ، بحيث تكون مستقلة أو متصلة بالمستشفيات العامة ، مع توفير
سبل الانتقال إليها .

- التوسع فى إنشاء النوادى الاجتماعية للمسنين .

- دعم أقسام المسنين فى المستشفيات العامة والمركزية
والمستشفيات الجامعية وإنشاء إدارات خاصة برعايتهم فى وزارة
الصحة ، ومؤسسات الحكم المحلى بالمحافظات .

- التوسع فى إقامة دور المسنين ، فى هذه المرحلة ، وحتى يمكن
توفير الشقق السكنية والمساكن المحمية ، على ان تكون ذات مستويات
خدمية متنوعة ، لتتوافق مع الدخول المختلفة وتخفيض النفقات عن
طريق مشاركة المسنين فى بعض الأعمال المناسبة لهذه الدور ، مع
توفير الاشراف والرقابة الدقيقة لضمان حسن خدمتهم ومعاملتهم .

- تشجيع الهيئات التطوعية والجمعيات الأهلية - وخاصة العاملة فى
المجال الصحى والشباب - على القيام بتنفيذ المشروعات المختلفة
لرعاية المسنين ، وبخاصة رعاية المسنين فى منازلهم ، وبرامج الترفيه
المناسبة لهم ، ونشر المؤلفات الملائمة لهم بأسلوب متميز فى الطباعة .

* التوسع فى تطبيق نظام التأمين الصحى الاجتماعى ليشمل جميع
المحاليين الى المعاش وفتح الباب أمام جميع فئات المحالين الى المعاش
ممن فاتهم الاشتراك فى التأمين ، على أن تؤدى هيئة التأمينات
الاجتماعية وهيئة التأمين والمعاشات كل فيما يخصها نصيب صاحب
العمل .

* الاهتمام بطب المسنين ورعايتهم ، ضمن مناهج الدراسة فى
كليات الطب ومدارس التمريض والخدمة الاجتماعية وإنشاء دراسات
عليها فى طب وصحة المسنين ، مع الاهتمام بالتدريب العلمى ، والمؤتمرات

والعادات الخاصة لأفراد مهنة الطب ، مع الأخذ فى الاعتبار اختلاف العادات والايضاح بين الدول النامية والمجتمعات المتقدمة . وعلى هذا الأساس يجب توخى الحذر عند مقارنة بيانات استخدامات المستشفيات بين البلاد المختلفة فى العالم .

وفرة اسرة المستشفيات : فقد لوحظ فى البلاد المتقدمة اقتصاديا انه كلما زاد عدد أسرة المستشفيات المتاحة زاد حجم استخدام هذه المستشفيات ، نتيجة لارتفاع مستوى الوعى الصحى ، وزيادة فرص التمتع بالتأمين الاجتماعى ، وارتفاع مستوى المعيشة مما يؤدي الى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الطبية لدرجة التشبع .

توزيع الاسرة : ان التوزيع الجغرافى المتبادل للأسرة بين المناطق المختلفة يزيد من كفاءة استخدام المستشفيات ، حيث يتيح الفرص كاملة لجميع السكان ، بينما يؤدي تكديس الاسرة فى المناطق الحضرية الى انخفاض معدلات اشغال الاسرة على مستوى الدولة ككل . اذ ان عددا كبيرا من سكان الريف لا تتاح له الفرصة للاستفادة الكاملة من المستشفيات ، بسبب بعد المسافة وظروف التغرب اثناء العلاج .

تكاليف العلاج بالمستشفيات : يتأثر استخدام المستشفيات بطريقة تحمل المواطن لتكاليف العلاج .

وهناك عدة انماط معروفة لاداء تكلفة العلاج بالمستشفيات وهى العلاج المجانى ، والعلاج التأمينى ، والعلاج الاقتصادى بأجر ميسر ، والعلاج الخاص على نفقة المنتفع .

فئات السن بين السكان : يؤدي ارتفاع السن وانخفاضه - أى زيادة نسبة المسنين والأطفال - الى زيادة كم أيام العلاج بالمستشفيات ، مما يؤدي الى ارتفاع نسبة اشغال الأسرة ومتوسط اقامة المريض .

نوعيات الحالات المرضية : يتأثر استخدام المستشفى بالحالات المرضية الشائعة بالمجتمع ، فعلى سبيل المثال : يتسبب ازدياد الاصابات بالأمراض المعدية الحادة فى زيادة حالات الدخول مع قصر مدة الاقامة ، بينما تتسبب الأمراض المزمنة والمستعصية والأمراض

خدمات الرعاية المنزلية الطبية للحالات التى لا تستدعى الإقامة فى المستشفى ، وذلك بواسطة الممرضين والمرضات ، والطبيب اذا استدعى الأمر .

وتقوم المستشفيات فى مصر بجميع هذه الواجبات ، باستثناء الخدمات الوقائية التى تتم بمعرفة الوحدات الوقائية المختلفة ممثلة فى مكاتب الصحة ، ومراكز رعاية الامومة والطفولة ، والمراكز الحضرية ، والوحدات الريفية ، والمجموعات الصحية وعيادات اطباء ، وغيرها ، كما لا يقوم المستشفى بتقديم الخدمة المنزلية .

مؤشرات قياس استخدام المستشفيات :

تستخدم عدة مؤشرات مختلفة فى قياس استخدام المستشفيات ، فى منطقة ما أو فى بلد ما ، على أن يؤخذ فى الاعتبار الظروف الخاصة بالمنطقة موضع الدراسة وتنقسم المؤشرات ، بوجه عام ، الى قسمين رئيسيين :

مؤشرات خاصة : وأهمها المؤشرات التى تتصل ببيانات خاصة بالمستشفى ، مثل : عدد الاسرة ومعدل شغلها - عدد أيام العلاج - عدد حالات الدخول - عدد حالات الخروج - متوسط مدة الاقامة . مؤشرات عامة : ويأتى فى مقدمتها المؤشرات المتصلة بالسكان المنتفعين بالخدمة مثل : عدد السكان المنتفعين بالخدمة - عدد مرات دخول المستشفى لكل ألف من السكان - عدد الاسرة المتاحة لكل ألف من السكان - متوسط عدد السكان الموجودين يوميا بالمستشفى تحت العلاج بالنسبة لكل ألف من السكان - عدد أيام العلاج بالقسم الداخلى للفرد الواحد .

العوامل التى تؤثر على استخدام المستشفيات :

عوامل اجتماعية وحضارية : هناك الكثير من العوامل التى تؤثر على كيفية استخدام أى مجتمع لأسرة المستشفيات ومدى هذا الاستخدام وتترتب هذه العوامل على الصفات المميزة للسكان من النواحي الاجتماعى والاقتصادية والتعليمية والثقافية وعلى المواقف

الضمرورية والصدرية فى زيادة متوسط مدة الاقامة بالمستشفيات ، مع وجود قوائم انتظار للمرضى .

الاسكان : يلاحظ فى بعض الدول ، ان كثيرا من حالات دخول المستشفيات لا تتم بسبب حاجة الفرد الى الرعاية الطبية بالمستشفى ، ولكن بقدر وجود ظروف غير مواتية لرعاية المريض بالمنزل ، مثل ضيق المسكن ، وقلة العمالة المنزلية ، تظهر هذه الحالات بوضوح فى المسنين الذين لا يمكن رعايتهم ومتابعتهم بالمنازل فى حالة المرض .

كفاءة الخدمة العلاجية : وتشمل وفرة الأطباء المتخصصين والمقيمين بالمستشفيات ، وفئات التمريض والفئات الفنية المساعدة . مما يترك أثره على كفاءة الخدمة والتشغيل بالمستشفى . اذ ان أى قصور أو تزايد فى أى فئة من الفئات ، قد يؤدى الى نقص أو ارتباك فى التشغيل .

مدى كفاءة الخدمات الطبية المعاونة :

ان القصور فى كفاءة الخدمات المعاونة بالمستشفيات – وهى اقسام الاشعة وخدمات المعامل وغرف العمليات وغيرها ، سواء من ناحية الأفراد أو سعة المكان أو قلة التجهيزات وقدمها – يؤثر فى معدلات اشغال الأسرة بالمستشفيات ، لما يسببه من اطالة متوسط اقامة المريض بالمستشفى .

كفاءة الخدمات الادارية والتنظيم الداخلى بالمستشفيات :

الخدمات الادارية مثل : اجراءات الدخول والخروج ونظم توريد وتسليم وصرف الأغذية والأدوية وأعمال الصيانة – تؤثر تأثيرا مباشرا على كفاءة المستشفيات . كما أن المبالغة فى تقسيم المستشفى الى اقسام منفصلة كثيرة ، تقلل من كفاءة استخدام الأسرة .

توفير خدمات طبية خارج المستشفيات : وتؤدى الى تقليل عدد الحالات التى تتردد على المستشفيات ، وتجنب دخول كثير من المرضى بغير ضرورة خاصة ويمكن للمراكز الطبية والعيادات الشاملة والعيادات الخارجية ان تقوم بهذه المهام اذا توفرت بها الخدمات الاستثمارية

وسائل التشخيص الاستثمارية ووسائل التشخيص الحديثة ، واذا ما زودت هذه العيادات باقسام للطوارئ وغرف للملاحظة .

المستشفيات المصرية ومشكلاتها

مباني المستشفيات :

يعانى كثير من المستشفيات الحكومية من : عدم تناسب التصميم المعماري للمستشفى مع متطلبات التشغيل فى الاقسام الطبية وغير الطبية ، ومن عدم تناسب امكانيات المرافق كما ونوعا ، خاصة عند اجراء توسعات فى هذه المستشفيات او اضافة خدمات اخرى . كما ان كثيرا من هذه المستشفيات قد انتهى العمر الافتراضى لها ، ودائما ما تنعكس محاولات ترميمها واصلاحها على زيادة تكاليف العلاج بها ، وعلى سبيل المثال ، فان ٤٥ ٪ من مستشفيات وزارة الصحة قد انشئت قبل عام ١٩٤٠ ، ومن ثم تحتاج الى عمليات احلال وتجديد .

وقد أدى قصور التنسيق بين هندسة مباني المستشفيات وبين أجهزة التخطيط لمتطلبات المستشفيات الى اختلال التوازن المطلوب بين الطاقة العلاجية والطاقة الخدمية (تسهيلات الخدمة) فى المستشفيات .

التجهيزات :

نظرا لتعدد انماط مباني المستشفيات واعدادها وعدم وجود جهاز متخصص فى انشاء المستشفيات وتجهيزها – حيث تقوم جهات عديدة بهذه العملية – فان كثيرا من المستشفيات المنشأة حديثا تعاني بشكل ما من :

- نقص أجهزة هى فى أشد الحاجة اليها ، أو توافر أجهزة تربو على حاجتها . وذلك لعدم وجود تنسيق فى توزيع هذه الأجهزة بين الجهات المستوردة وعدم وجود معدلات نمطية للتجهيزات حسب الاحتياجات الفعلية لكل مستشفى ومستواه .

- تعدد مصادر الأجهزة من نوع واحد ، مما أدى الى وجود مشكلات عديدة فى الصيانة وتوفير قطع الغيار والقطع المساعدة .

- القصور فى إعداد الفنيين المتخصصين فى تركيب وصيانة هذه

التجهيزات .

- القصور فى تحديث المعدلات النمطية لتجهيز المستشفيات .
- عدم وجود نظام يحكم عمليات الصيانة والاصلاح للأجهزة والمعدات ، مما يؤدي الى تأخير عمليات الاصلاح وزيادة تكلفتها .

القوى العاملة :

يعانى بعض المستشفيات من مشكلات متعلقة بالقوى العاملة ترجع الى عوامل كثيرة اهمها :

- عدم وجود هيكل وظيفي ، ومقررات وظيفية للعاملين بالمستشفيات ، والالتزام بها وتحديثها فى حالة وجودها مما يؤدي الى :
- وجود زيادة فى بعض نوعيات الاطباء ونقص البعض الآخر .
- عدم عدالة توزيع الاطباء على المستشفيات ، وخصوصا الأخصائيين ، حيث تتركز الاغلبية فى المستشفيات الكبيرة لعواصم المحافظات والمدن وكذلك عدم رغبة عدد كبير من الاطباء الأخصائيين الجدد فى العمل بالريف .

- النقص الشديد فى عدد العاملات بالتمريض بصفة عامة ، وخريجات المعهد العالى للتمريض (مشرفات التمريض) بصفة خاصة ، الى جانب وجود فجوة كبيرة بينهن وبين خريجات مدارس التمريض .
- ضعف مستوى الخريجين من كافة التخصصات ، مع عدم تدريبهم على العمل بالمعدات والآلات والتجهيزات الحديثة ، مما ينعكس أثره على كفاءة الخدمة بالمستشفيات .

- عدم عدالة توزيع ميثاق التمريض والمساعدين الفنيين داخل الوحدات الصحية ، وكذلك جغرافيا على المحافظات المختلفة .

- النقص الواضح فى بعض الفئات الفنية المساعدة ، مثل السكرتاريين الطبيين .

- القصور فى عدد وتنوعيات العاملين فى مجالات الشئون المالية والادارية - مع ربط ذلك بالتشغيل - وعدم اعدادهم الاعداد اللازم .

- النقص الشديد فى الوظائف الاشرافية ، مثل وظائف مديري

٣٠٤

المستشفيات ، والمديرين العلاجيين بمديرىات الشئون الصحية بالمحافظات ، نظرا لضعف المرتبات وبدلات التفرغ ، مما لايشجع العديد من الأطباء على هذا النوع من الوظائف ، كما لايتناسب ايضا مع المسئوليات الملقاة على عاتق أصحاب هذه الوظائف .

- شيوع عدم الالتزام وعدم تحمل المسئولية بين عدد غير قليل من العاملين عامة ، مما يؤثر تأثيرا مباشرا على كفاءة الخدمات ، ومن بينها خدمات المستشفيات .

ضعف التمويل :

تعانى المستشفيات الحكومية من قلة التمويل المخصص لها ، ويرجع ذلك الى ضعف الانفاق الحكومى على الخدمات الصحية ، حيث يمثل حوالى ٢,٥ ٪ فقط من اجمالى الميزانية العامة للدولة . وعلى سبيل المثال ، فان الميزانية المتاحة الآن لتشغيل السرير بوزارة الصحة غير كافية لتقديم الخدمة الصحية على المستوى المطلوب نظرا للزيادة المطردة فى أسعار الأدوية والأغذية وأقلام الأشعة والمحاليل والمستلزمات الفندقية ، وعدم تخصيص ميزانية لخدمات العيادة الخارجية .

القواعد واللوائح :

يلاحظ فى شأن القواعد واللوائح المنظمة للعمل بالوحدات الصحية العلاجية ما يأتى :

- عدم ملاعة اللوائح المالية ولوائح المخازن والمشتريات لطبيعة العمل بالمستشفيات وكثيرا ما تكون هذه اللوائح عقبة فى سبيل الحصول على الأجهزة وسائر المعدات الحديثة .

- عدم توافر ادلة للعمل الادارى بالمستشفيات يلم بها جميع العاملين حيث نتج عن ذلك : ان اداء عمليات الخدمة الطبية يتم بطريقة تعتمد على التجربة والخطأ ، وبدون تنسيق بين الأجهزة .

- عدم المام المسئولين بتطبيق الأساليب الادارية الحديثة ومتطلباتها .

- تخلف اللوائح الخاصة بنظام العهد وتعقيدها .

- تضيق حرية المستشفى فى التصرف فى بنود الباب الثانى من

الميزانية (المصروفات الجارية) .

- التداخل والازدواج فى الاختصاصات بين الأقسام الادارية والفنية بالمستشفى ، وعدم وجود تحديد واضح لاختصاصات العاملين بالمستشفيات على اختلاف نوعياتهم .

- تعدد أجهزة الرقابة الخارجية وافتقارها الى مفهوم التعاون مع المستشفيات لتسهيل مهمتها .

مشكلات التخطيط والتنسيق للخدمات العلاجية : وتخلص فيما يأتى :

- عدم وجود سلطات تنفيذية ملزمة للجهة المسؤولة عن التخطيط للخدمات العلاجية على المستوى القومى ، وكذلك على المستوى الاقليمى ، لتحقيق الاكتفاء الذاتى من الخدمة العلاجية فى اطار المحليات .

- عدم وجود جهة مسؤولة تتولى مهمة التنسيق والتكامل بين الخدمات العلاجية فى كافة قطاعات الدولة سواء بالوحدات الحكومية أو وحدات القطاع العام او الوحدات الخاصة ، وذلك على المستوى العام والمحليات .

- قصور البيانات ونظم المعلومات الحديثة - والكفيلة بترشيد اتخاذ القرار - فى عدد كبير من المواقع العلاجية .

قصور الخدمات الصحية الفندقية :

يؤدى قصور الخدمات الفندقية (التغذية - المغسل - النظافة) ، فى كثير من المستشفيات الحكومية ، الى احجام عدد من المرضى عن دخول المستشفى أو الإبقاء به . ويرجع ذلك الى :

- انخفاض مستوى التغذية فى المستشفيات كما ونوعا ، بسبب القصور فى الاعتمادات المالية . الى جانب عدم توفير وسائل التخزين الملائمة لحفظ المأكولات وانخفاض كفاءة تجهيز الطعام نتيجة لانخفاض المستوى المهنى للطباخين وضعف اجورهم ، مما يبعد الكفايات منهم عن العمل فى المستشفيات .

- سوء حالة المرافق العامة فى بعض المستشفيات أو فى المناطق

التي يوجد بها انقطاع للمياه والكهرباء أو طفق بالمجارى

- انخفاض مستوى النظافة بسبب النقص فى عدد العاملين القائمين بها ، وضعف الرقابة عليهم ، وعدم استخدام الآلات الحديثة فى النظافة ، هذا الى جانب عدم عناية الكثير من المرضى والزوار بنظافة المستشفى .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومآدار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات برزت مجموعة من الآراء والاتجاهات ، فى مقدمتها ما يأتى :

- أن يؤخذ بمبدأ التخصص فى ادارة المستشفيات ، بحيث يعاون مدير المستشفى : مدير مالى يهتم بكافة الشئون المالية ، ومدير ادارى يختص بكافة الشئون الادارية ، ومدير فندقى يعنى بالشئون الفندقية بالمستشفى .

- ان ينظر فى تطبيق نظام التفرغ للعاملين بالمستشفيات ، مع تحسين اجورهم حفزا على بذل مزيد من الجهود ، وتحسين الخدمة .

- ان تعالج اسباب عدم الاقبال على مهنة التمريض ، حتى يمكن توفير احتياجات المستشفيات من الممرضات على ضوء توصيات المجلس فى المجلس فى هذا الشأن .

- ان تنشأ مدارس خاصة - تكون مدة الدراسة بها خمس سنوات - لتخريج الفئات المعاونة بالمستشفيات ، مثل فنىي المعامل والاشعة ، وغيرهم .

- أن التوسع فى استخدام الاختصاصيين الاجتماعيين بالمستشفيات أمر مرغوب وذلك لدراسة حالات المرضى الاجتماعية ، والعمل على تخفيف العبء المالى والاجتماعى عنهم ، وما الى ذلك من جوانب النشاط المهنى الاجتماعى .

وعلى ضوء ما سبق جميعه يوصى بما يأتى :

فى شأن تكامل الخدمات الطبية :

* ضرورة إحكام التخطيط والتنسيق ، لتكامل الخدمات الطبية بين

والحضر مما يخفف العبء الملقى على كاهل المستشفيات ، ويضمن عدم تكرار الخدمات التي تؤدي في كل مستوى .

* العمل على زيادة نسبة اشغال الأسرة المتاحة بالمستشفيات القائمة حاليا ، وزيادة دورة السرير ، كبديل مؤقت لانشاء مستشفيات جديدة .

* ان يتم تدريجيا وعلى مراحل تحقيق الانجازات الآتية :

- انشاء عيادات خارجية شاملة وتجهيزها تجهيزا جيدا بالتوسع في الخدمات العلاجية خارج المستشفى تلحق بالمراكز الصحية والحضارية وغيرها . مع العمل - تدريجيا - على استكمال شبكة هذه المراكز وتزويدها بالتخصصات اللازمة .

- انشاء المعاهد والمستشفيات المتخصصة طبقا للاحتياجات القومية ، على غرار : مستشفيات الحميات ، ومعهد القلب ، على أن توفر لها المقومات التي تمكنها من اداء وظائفها في العلاج المتخصص والبحث والتعليم وتكون هذه المراكز المتخصصة مسئولة عن تطوير الخدمة في فروع تخصصاتها ، ومرتبطة بالأقسام والوحدات التي تقوم بهذه الخدمات بالمستشفيات العامة .

في شأن المباني :

* انشاء مراكز هندسية متخصصة في بناء وتجهيز المستشفيات تقوم باعداد نماذج وانماط مختلفة من أبنية للمستشفيات وبتكاليف متعددة ومساحات متنوعة . بحيث يمكن للجهات المختصة الرجوع اليها عند الانشاء والتجهيز والتشغيل ، وقت اجراء التوسعات بهدف الاقتصاد في التكاليف ، وبحيث تناسب كل التخصصات ودرجات العلاج .

* ان يراعى عند القيام باجراء التصميم المعماري للمبنى : متطلبات التشغيل في الاقسام الطبية وغير الطبية ، بما يسمح بانسياب العمل طبقا للدورة المخصصة لنظام سير العمل دون وجود اختناقات تعوق ذلك .

* ان تتناسب المرافق كما ونوعا مع الشروط الصحية والسعة الفعلية

الحكومة والقطاع العام والتأمين الصحي ، والوزارات والهيئات المعنية والجامعات والقطاع الخاص ، ضمانا لحسن الاستفادة من الامكانيات المتاحة ، ويقتضى ذلك :

* إعادة تشكيل المجلس الأعلى للصحة بما يتيح لممثلي القطاعات الصحية المختلفة مشاركة فعالة في اعماله ، على ان يعاد النظر في سلطات ومسئوليات المجلس بما يسمح بالآتي :

- ان يختص المجلس بوضع الخطة القومية الشاملة للخدمات الصحية بالتنسيق بين وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى ، وقاية وعلاجاً ونواء وتعليماً .

- التنسيق لحسن استخدام الامكانيات المتاحة من خلال وضع التنظيم الذي يكفل تسلسل الخدمات الطبية والصحية ف مستوياتها المختلفة (الممارس العام - الاختصاصي - خدمة المستشفيات - خدمة الطوارئ والاسعاف) وذلك بتطبيق نظام البطاقة الصحية وتكامل الخدمات الطبية والصحية .

- ان يتولى المجلس توفير البيانات الاحصائية الدقيقة من خلال الاتصال المستمر بمراكز المعلومات في مختلف الجهات ، ما يضمن استمرار حركة الافكار والمعلومات بين ممثلي القطاعات المختلفة في المجلس .

- ان تخصص بالمجلس وحدة لدراسة اقتصاديات الخدمة الصحية المستهدفة في المستقبل القريب والبعيد بغرض : تحديد معدلات واضحة غير ارجالية تستند اليها مشروعات الخدمات الطبية في تقدير حسابات تمويلها ، وتقييمها لدى نجاح برامج التشغيل المعدة ، واكتشاف نواحي القصور مبكرا ، بهدف تحقيق أعلى مستوى خدمة بأقل تكلفة ممكنة .

* توفير مستوى للخدمة العلاجية لغير القادرين من المواطنين ، يتمثل في :

خدمة الممارس العام ، وخدمة الطوارئ والاسعاف ، وخدمات الاختصاصي ، وذلك على مستويات الرعاية الصحية الأساسية في الريف

- انشاء مراكز صيانة اقليمية الى جانب مراكز صيانة متخصصة في التجهيزات الحديثة والغالية الثمن .

- توفير متطلبات الإقامة من حدائق ومكتبات ، وملعب ، وغيرها .

- توفير مراكز صيانة ذات مستوى رفيع يمكن الاستعانة بها عند حدوث الأعطال علوة على قيامها بتدريب العمالة اللازمة لاجراء الصيانة لكافة مرافق المبنى (كعمليات الدهان والترميم واصلاح المصاعد والثلاجات وأجهزة التكييف واعمال السباكة والنجارة والكهرباء) .

- دراسة امكان انشاء شركات متخصصة في التجهيزات الطبية وغير الطبية المتصلة بالمستشفيات (قطاع عام أو خاص) تعمل من خلال تراخيص حكومية ، وتكون لها ميزانياتها المستقلة والكوادر المالية والادارية الخاصة بها . على ان تضم مراكز متخصصة في تشغيل وصيانة واصلاح وتحديث كل ماتضمنه المستشفيات من أجهزة .

- الاهتمام بالجانب الاحصائي بالطرق الحديثة ، واسخال الكمبيوتر الصغيرة بالمستشفيات ، وربطها بالوحدات الكبيرة بوزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى .

في شأن التمويل :

* تنظيم وإعادة توصيف انماط العلاج الطبى في مصر بما يسمح بمشاركة المجتمع في التكاليف كل حسب قدرته وذلك لحل مشكلات التمويل مع مراعاة الآتى :

- بالنسبة للعلاج المجانى : يسمح به للأفراد العاملين للبطاقة الصحية المرتبطين ارتباطا تاما بوحدة صحية محددة وبنظام محدد بالنسبة للتمويل لكل مستوى من المستويات الفنية (ممارس - اخصائى مستشفى - مركز تخصصى) على ان يساهم المواطن بأجور رمزية في الكشف وقيمة الدواء (تكلفة العبوة) .

- تطوير العلاج الاقتصادى : وذلك من خلال مساهمة جمهور

والمستقبلية للمستشفى ، وان يراعى فيها اتخاذ الاجراءات الامنية لسلامة المبنى ولن يستخدمونه ، مع توفير الاجهزة الاحتياطية والبدلة بالمرافق ، خصوصا مايتعلق بالكهرباء والياه .

* ان تشمل خطة اقامة المباني بالمستشفيات توفير المساكن اللازمة لاقامة العاملين بالمستشفى ، ضمانا لحسن سير العمل وانتظامه .

* ضرورة الاسراع بانجاز عمليات الاحلال والتجديد للمستشفيات التى انتهى عمرها الافتراضى ، عن طريق مراكز هندسية متخصصة ، على ان تراعى متطلبات التشغيل لكافة مرافق هذه المستشفيات .

في شأن التجهيزات :

* ان تراعى عدالة توزيع الاجهزة المكلفة والحديثة (مثل : أجهزة الأشعة المقطعية - الغسيل الكلوى - علاج الأورام) جغرافيا على المحافظات المختلفة ، بما يضمن توفير خدمات هذه النوعية من التجهيزات لجميع المواطنين .

ومنع تركيز هذه الأجهزة أو تراكمها في مناطق أو وحدات محدودة ، مما يمنع الضغط على هذه الوحدات والمناطق .

* توفير مركز تجهيزات على المستوى المركزى ، تكون له فروع في المحافظات ويقوم بالخدمات الآتية :

- توفير المعلومات عن الأجهزة المختلفة والشركات المتخصصة ، لجميع الجهات الطالبة وتقديم المشورة في شأن التعامل مع الشركات ذات السمعة الطبية والتي لها فروع للصيانة وقطع الغيار داخل البلاد والعمل على توحيد مصادر هذه الأجهزة بقدر الامكان .

- ان يلحق بهذا المركز مدرسة تدريبية لتخريج الكوادر الفنية اللازمة لأعمال التركيبات والصيانة مع وضع خطة تدريبية مستمرة للعاملين في هذا المجال .

- التعاون مع الأجهزة الحكومية الأخرى لتوفير العملات الصعبة اللازمة لشراء الأجهزة وقطع الغيار الخاصة بها .

التدريبية المستمرة ، الى جانب الندوات العلمية لأفراد الفريق العامل بالمستشفى .

- وضوح دور كل فرد فى العمل (واجباته ومسئوليته) وبيان أثر عمل كل فرد على اداء زملائه الآخرين فى الفريق ، حتى تختفى صورة الفردية فى ممارسة العمل .

- يتعين وضع قواعد ملزمة للثواب والعقاب لأى من العاملين مع تقييم عمل كل منهم دوريا لوقف أى نوع من التسبب أوعدم المبالاة بين العاملين .

- يراعى عدالة توزيع القوى العاملة على المستشفيات وبخاصة الفئات الآتية (الأطباء الاخصائيون - مشرفات التمريض والمرضات - المتخصصون فى الاعمال المالية والادارية) حتى يمكن ضمان قيام القوى العاملة بالعمل على خير وجه .

- التنسيق مع الجامعات والمعاهد الفنية المختلفة فى تطوير الدراسات لكافة المهن المشتركة فى الفريق الصحى واتاحة المام كل فرد بالاجهزة الحديثة التى قد تواجهه اثناء ممارسته للعمل مع زيادة فترات التدريب العملى .

- ادخال علم الادارة الصحية فى دراسة طالب الطب ، حيث ان الطبيب بعد تخرجه يكون مسئولا فى اغلب الاحيان عن ادارة الوحدات الصحية التى يعمل بها . مع اعطاء الأطباء - فى المستويات الوظيفية المختلفة - دورات تدريبية فى الادارة .

- الاهتمام فى دراسة طالب الطب وهيئة التمريض ، وكذلك فى تدريب سائر الفئات الأخرى العاملة بالمستشفيات بمراعاة الجانب الاجتماعى والدينى والنفسى فى التعامل مع المريض مع ما يستلزمه ذلك من ضرورة وجود وحدات للعلاقات العامة والخدمة الاجتماعية بكل مستشفى لأهمية هذا الجانب من الخدمة .

- العمل على زيادة العائد المادى للفريق العامل بالمستشفيات وذلك عن طريق حسن تطبيق مبدأ الحوافز الايجابية .

المنتفعين مساهمة مناسبة من أجل رفع مستوى الخدمة بهذا النوع من العلاج .

- زيادة موارد التأمين اصحى بالتدرج فى رفع نسبة مساهمة المنتفعين به .

- التوسع فى التأمين الصحى وذلك بتشجيع انماط جديدة للتأمين الصحى للأفراد وعائلاتهم ، مع التدرج فى زيادة مساهمة المنتفع وصاحب العمل ، لتتواءم مع اطراد زيادة التكاليف الفعلية للعلاج .

ويمكن للتغطيات المهنية وشركات التأمين والشركات والمؤسسات الكبرى الخاصة ، ان تقوم بدور بارز فى هذه الانماط الجديدة الخاصة من التأمين الصحى .

* زيادة نسبة الانفاق الصحى الحكومى ، بغرض رفع مستوى الخدمات فى جميع الوحدات ويمكن ان تتم مضاعفة هذه النسبة خلال المرحلة القادمة ، للوفاء بالاحتياجات المطلوبة - بما فى ذلك الانفاق على الخدمات الطبية العسكرية مع العمل - تدريجيا وعلى مراحل - على ان تكون نسبة الانفاق الحكومى مواكبة للمعدلات العالمية بقدر الامكان .

* عدالة توزيع الاعتمادات المالية على المحافظات حسب الحاجة الفعلية وان يراعى استخدام هذه الموارد المالية الاستخدام الامثل من خلال تطوير نظم الادارة .

* عند توزيع الاعتمادات المالية داخل المحافظات ، ينبغى ألا يتم ذلك بناء على عدد الاسرة بالمستشفيات ، بل يجب مراعاة حجم العيادات الملحقة بالمستشفيات وحجم التشغيل ومستوى الخدمة المقدمة ، مع ايجاد نظام مالى مستقل لكل مستشفى .

فى شأن القوى العاملة :

* حل مشكلات القوى العاملة كما ونوعا ويقتضى ذلك :

- العمل على نشر الوعى بأهمية الادارة الجماعية فى المستشفى ، مع توضيح أهمية دور مدير المستشفى فى قيادة الفريق والتنسيق بين افراده وتحريكهم نحو الهدف المطلوب ويساعد على ذلك عقد الدورات

فى شأن القواعد واللوائح المنظمة للعمل :

* زيادة كفاءة الخدمات الادارية والتنظيم الداخلى بالمستشفيات
ويقتضى ذلك ما يأتى :

- تحرير اللوائح الزاهنة مما يعوق العمل بالمستشفيات - وخاصة
اللوائح المالية والمخزنية - بما يسمح بأداء العمل بسهولة
ويسر .

- وضع المعايير اللازمة للأداء وتقييم الأعمال وتنظيم قاعدة الثواب
والعقاب .

- تحديد اختصاصات وواجبات ومسئوليات كل فرد من العاملين فى
المستشفى مع بيان تسلسل القيادات فى المستشفى
بوضوح .

- تنظيم وتسهيل عمليات التعامل مع الأجهزة المحلية ، سواء
التنفيذية او الشعبية وتوضيح دور هذه الأجهزة وعلاقتها مع القيادات
الصحية .

- ضرورة توفير كتيبات ارشاد عن الاجراءات المختلفة
التي تتخذ فى العمل ، ليتمكن الرجوع اليها عند
الحاجة .

- العمل على الارتفاع بمستوى التسجيل الطبى بالمستشفيات ،
وتوفير البيانات الاحصائية عن الانشطة المختلفة للمستشفى ككل
ولكل قسم على حدة بغرض الدراسة والتقييم وترشيده
الاعمال .

- توحيد الانشطة المحاسبية بالمستشفيات مع مراعاة اختلاف نوع
الخدمة (مجانى - اقتصادى - باجر) وإخال نظم الحاسبات الآلية
بها .

فى شأن الخدمات الصحية الفندقية :

* العمل على توفير الأجهزة الحديثة من المفاسل والمطابخ والغلايات

وأماكن التخزين وأدوات تقديم الغذاء للمرضى .

* توفير العمالة الفنية المدربة على أعمال تحضير وطهى وحفظ
وتوزيع وتقديم الوجبات الغذائية للمرضى والعاملين بالمستشفى ، وعلى
مراقبتها .

* تشجيع الاحساس بالجمال والنظافة لدى المرضى والعاملين
بالمستشفيات .

* العمل على ضغط احتياجات الاستهلاك من الدواء والأصناف
المستهلكة ، حتى لا يحدث اختناق مع توفير معدلات مقننة لذلك تلتزم بها
جميع الوحدات .

* دراسة امكان الاستعانة بشركات نظافة وشركات تغذية تتولى
عمليات النظافة والتغذية بالمستشفيات ، من خلال تطبيقات عملية تبين
بوضوح اقتصاديات هذا النظام فى حالة الالتزام به أو
اللجوء اليه .

فى شأن تنشيط دور المجتمع :

للمجتمع دور حيوى فى الارتقاء بمستوى الخدمات التى يؤديها
المستشفى ومن ثم ينبغى العمل على تحقيق ما يأتى :

* توعية الجماهير بواجباتهم نحو المستشفى ، من حيث : عدم
الاسراف فى طلب الخدمة دون مبرر ، والحفاظ على نظافة المكان ،
وحسن استخدام المرافق ، والامتثال للنظم المعمول بها . اذ ان هذا
الالتزام يعود بالفائدة على المنتفع بالخدمة .

* المساهمة الشعبية فى حل مشكلات التمويل . من ذلك تشجيع
المواطنين على التبرعات سواء كانت نقدية أو عينية - الى جانب حفز
القادرين منهم على المشاركة فى تكاليف الخدمة الطبية واقامة
المستشفيات .

* حفز المواطنين على العمل التطوعى فى مجالات الادارة وأعمال
النظافة والفندقة .

١٩٧٥ والخاص بتنظيم هذه الوزارة .

ويتلخص برنامجها فى تأدية مجموعة من الخدمات تتمثل فيما يأتى:

فى الرعاية الوقائية :

- اصحاح البيئة الطبيعية بالمدارس بعمل مسح شامل للبيئة المدرسية والمباني والمرافق لتحديد نواحى القصور بها ، والعمل مع المسؤولين فى مديريات التربية والتعليم والمجالس المحلية على تلافى أى نقص فيها قبل بدء العام الدراسى .

- اجراء الفحوص الطبية الدورية الشاملة للتلاميذ .

- وضع نظام دقيق للتطعيم والتحصين فى سن المدرسة يهدف الى رفع المناعة الجماعية فى المجتمع المدرسى ، ويجرى التحصين ضد الامراض المختلفة حسب ما تقتضيه الضرورة الصحية وضد الامراض المعدية بصفة عامة .

- فحص المرشحين للفرق الرياضية ولممارسة السباحة ، للتأكد من لياقتهم انبندنية لممارسة أنواع الرياضة المرشحين لها ، وتوجيههم الى أنواع الرياضة التى تتناسب مع امكاناتهم الصحية .

- يقوم أطباء الصحة المدرسية بالفحوص والتحصين والاشراف على رواد المعسكرات والمخيمات ، واستيفاء الشروط الصحية اللازمة فى المطابخ والحمامات وحلقات الألعاب المختلفة .

فى الرعاية العلاجية :

- علاج ومتابعة الحالات المرضية الطارئة ، والحالات المكتشفة من الفحص الطبى الدورى الشامل .

- العمل على تصحيح الأخطاء الصحية وامداد الطلبة بالأجهزة التعويضية اللازمة .

- متابعة علاج المرضى والمعوقين وتوجيههم والتشاور مع أسرهم ، حتى تتحقق لهم أقصى استفادة من امكاناتهم الصحية والعقلية .

- اجراء الاسعافات الأولية السريعة فى حالة وقوع الحوادث .

- الاهتمام بعلاج الأمراض المتوطنة المكتشفة اثناء الفحص الدورى

استراتيجية الصحة المدرسية

يمثل التلاميذ قطاعا هاما من قطاعات المجتمع يشكل حوالى خمس التعداد العالمى للسكان ، وترجع أهمية هذا القطاع الى انه يمثل غد الأمة ومستقبلها ولذا كان كل جهد أو مال يبذل فى رعايته هو استثمار ينعكس عائده على الوطن .

ولا شك أن التغلب على مشكلات الصحة المدرسية ، وانجاح برامجها وتحقيق أهدافها يقتضى التنسيق والتعاون المثمر بين جهاز الصحة المدرسية وبين وزارة التربية والتعليم من جانب ، وبينها وبين الأسرة والبيئة المحلية من جانب آخر ، حتى يمكن الحصول على خدمة تحقيق التكامل البدنى والنفسى للتلاميذ ، وتهيء الاستفادة من العملية التعليمية بأقصى درجة ممكنة ، وتكون قادرة على اكتشاف وتصحيح الأخطاء والانحرافات الصحية وتقديم العلاج المناسب فى الوقت المناسب ، وسط بيئة آمنة خالية من مصادر الخطر والتلوث .

برامج الصحة المدرسية

تعتبر الصحة المدرسية من أقدم الخدمات فى مصر ، وقد أصبحت - عبر العديد من التطورات - أحد أجهزة قطاع الشؤون الوقائية بوزارة الصحة ، وفقا لنص القرار الجمهورى رقم ٢٦٨٩ لسنة

الشامل وإجراء المتابعة والفحص بعد العلاج للتأكد من الشفاء .

في الخدمات الاجتماعية :

- رعاية غير الأسوياء من التلاميذ ، وتزويدهم بالأجهزة التعويضية من بند الرعاية الاجتماعية للطلبة ، وبالأطراف الصناعية من بند التأمين على الطلبة ضد الحوادث .

- القيام بالابحاث الاجتماعية الميدانية لحل أى مشكلة اجتماعية تعوق التقدم الدراسى للتلميذ .

في الخدمات التثقيفية الصحية :

- الاستفادة من العامل الزمنى الذى يتيح بقاء التلاميذ فى المدارس طوال سنوات الالتزام لارساء قواعد السلوك الصحى السليم ، عن طريق القدوة الحسنة والتكرار والمتابعة والممارسة والتثقيف .

- تشجيع اشتراك التلاميذ فى مراكز خدمات البيئة وتنظيم اشتراكهم فى مشروعاتها مع توجيههم ومساعدتهم فى التخطيط لذلك وعقد المحاضرات والندوات التى يدعى اليها أطباء الصحة المدرسية للاسهام فى رفع الوعى الصحى للتلاميذ .

الاولى : اوضاع الراهنة لخدمات الصحة المدرسية

أبرزت الدراسات الميدانية ، وما اسفر عنها من احصاءات وبيانات مجموعة من النتائج والمؤشرات منها :

- ان وحدات الصحة المدرسية فى الحضر وعددها حوالى ٢٠٠ وحدة ، وأقسام الصحة المدرسية فى المراكز الصحية الحضرية وعددها ١٠٥ تنفذ برنامج الصحة المدرسية على تلاميذ الحضر البالغ عددهم ستة ملايين أما فى قطاع الريف فيعتبر برنامج الصحة المدرسية أحد البرامج الهامة التى تنفذها الوحدات الصحية بالريف وعددها ٢٦٠٠ ، لتففى بذلك خدمات الصحة المدرسية لتلاميذ قطاع الريف البالغ عددهم أربعة ملايين .

ويعاون الأطباء فى الاشراف الصحى على المدارس ٥٢٦١ زائرة

صحية ، يشرف عليهن ٢١٤ مفتشة زائرات ، علاوة على ستة آلاف ممرضة - ممن يعملن فى وحدات الريف - يقمن بزيارة المدارس لأداء دور الزائرة الصحية . ويبلغ عدد الأطباء الممارسين فى وحدات الصحة المدرسية بالحضر والمراكز الصحية الحضرية (أقسام الصحة المدرسية) ثلاثة آلاف طبيب وتضم وحدات قطاع الريف ثلاثة آلاف طبيب ينفذون برنامج الصحة المدرسية ضمن برامج خدمات الرعاية الصحية الأساسية التى يتولون تقديمها لقطاع الريف .

وتضم وحدات الصحة المدرسية بالحضر ٧٠٠ طبيب أسنان ، كما توجد ٦٠٠ عيادة أسنان بوحدات قطاع الريف تقدم خدماتها لتلاميذ الريف .

هذا علاوة على وجود الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين مثل مساعدى المعامل وفنى الأشعة .

- يختص الممارس العام بمجموعة مدارس يكون مسئولاً عنها ، ويتردد عليها بانتظام وفق خط سير معتمد . والمعدل المعمول به أن يشرف كل طبيب مدرسى وقائياً على ٤٠٠ تلميذ ، ويشرف أطباء القطاع وقائياً على المدارس التابعة لهم .

- يعانى التلاميذ من مشكلات صحية أهمها : سوء التغذية وتأخر النمو وفقر الدم وتأخر البلوغ الجنسى . كما أن الإصابة بالطفيليات عالية إذ ان ٤٤ ٪ من أطفال المرحلة الابتدائية مصابون بالطفيليات وأهمها الانكستوما فان معدل الإصابة ٣٥ ٪ .

أسباب المشكلات الصحية :

تنقسم اسباب المشكلات الصحية بين الأطفال فى السن المدرسية الى أسباب ترجع الى الطفل نفسه كالأعراض الخلقية والوراثية ، واسباب ترجع الى البيئة المحيطة به كالظروف الاجتماعية والحالة الاقتصادية للأسرة ، وعدم صلاحية البيئة المدرسية من حيث التهوية والاضاعة والصوتيات وسوء حالة المرافق الصحية المدرسية .

- تدنى الرعاية الطبية لطلاب الازهر وخاصة طلاب المعاهد الدينية التي تضم بعض الطلاب كفيفى البصر والذين هم أولى بالرعاية من غيرهم .

- عدم كفاية أعداد الطبيبات المتواجدات الدارسات فى مرحلة البلوغ فى المدارس والمعاهد الأزهرية .

الاستراتيجية المقترحة لتطوير خدمات الصحة المدرسية :

لاشك أن تطبيق التأمين الصحى على تلاميذ المدارس هو الحل الأمثل لمشكلات نقص الامكانيات والموارد المالية ، حيث يمكن من خلاله توفير موارد اضافية من مشاركة أولياء الأمور ، كما يتوفر وضع برنامج تنفيذى متاح له حرية الحركة والانطلاق .

وهناك مبادئ واعتبارات عامة يجب مراعاتها عند تنفيذ البرامج أهمها :

- ضرورة مشاركة وزارة التربية والتعليم .

- ضرورة استمرار المسئولية المباشرة لوزارة الصحة عن الناحية الوقائية .

- مراعاة أن نصف التلاميذ ترعاهم الوحدات الصحية بالريف والمراكز الصحية بالحضر ، وهى وحدات تنفذ برامج متعددة مترابطة وليست مخصصة للصحة المدرسية .

- أهمية مشاركة أولياء أمور التلاميذ .

- الحاجة الملحة إلى تحسين المبانى والبيئة الصحية المدرسية .

- الحاجة الملحة الى زيادة عدد وحدات الصحة المدرسية .

وهناك محاذير يجب اخذها فى الاعتبار ، عند تبني فكرة تحميل الهيئة العامة للتأمين الصحى هذه المسئولية الجديدة منها :

- أن الهيئة العامة للتأمين الصحى حاليا تنوء بأعباء التأمين الصحى على ٣,٥٠٠,٠٠٠ منتفع ، وازدادة حوالى عشرة ملايين منتفع آخر دفعة

مظاهر القصور فى الخدمات الصحية المدرسية :

- تقدم المجموعة الصحية الخدمات الى ٣٠ الف تلميذ ، بينما تخدم الوحدة ١٠ آلاف تلميذ فى المتوسط ، ولكن كثيرا ما يحدث تجاوز كبير فى هذه المعدلات لايستطيع بتقديم خدمة طبية مناسبة خاصة مع وجود عجز مستمر فى القوى العاملة لهذه الوحدات .

- انخفاض معدلات الأسرة المتاحة لتلاميذ المدارس ، فمستشفى الطلبة بالقاهرة مثله سرير واحد لكل ٥٢٢٣ تلميذا وفى الاسكندرية سرير لكل ٢١٤٢ تلميذا وفى المنصورة سرير لكل ٧١٧٥ تلميذ ، وفى الاسماعيلية سرير لكل ١٠٧٥ تلميذا .

- مبانى الوحدات الصحية المدرسية فى أغلب الأحيان قديمة ومؤجرة ، أو شاقفة فى عمارة غير صالحة لخدمة عدد كبير من التلاميذ طبيا ، بالإضافة الى أن ضيق المساحة والجو غير الصحى الناتج عن عدم اعداد المكان اعدادا لانقا ، يؤثر على الحالة النفسية للتلاميذ والعاملين .

- الافتقار الى الاستعدادات المناسبة لحالات الطوارئ الصحية والاسعافات خاصة فى المدارس الابتدائية .

- عدم العناية بالاحصاءات والسجلات الطبية .

- ان البطاقة الصحية المدرسية لاتزال قاصرة وغير مستكملة ولا تحقق كل أهدافها .

- هناك نقص شديد فى الأجهزة والمعدات الطبية والآلات ، كأجهزة قياس السمع وقياس النظر ووحدات العلاج الطبيعى والمعامل علاوة على النقص الشديد فى ميزانية الأجهزة التعويضية .

- يعتبر النقص فى توفير الدواء مشكلة مزمنة ومستمرة ، وهى لاتقتصر على هذا النقص ، بل تتعداه الى وسائل التعبئة والحفظ .

- نقص عدد الزائرات الصحيات .

- عدم اقبال أطباء الأسنان على العمل فى الريف .

واحدة أمر بالغ الصعوبة بالنسبة اليها .

– انه اذا رُئى تخفيف العبء بالبده بمليون منتفع ، فيخشى أن يقف الأمر عند هذا الحد أو يسير التوسع ببطء ، كما حدث بالنسبة للهيئة العامة للتأمين الصحى التى كان مقررا أن تشمل مظلتها جميع المواطنين .

– ان مساهمة أولياء الأمور قد لاتكون كافية لتغطية جميع التكاليف طبقا لمعدلات الهيئة العامة للتأمين الصحى ، مما يجعل هذه الاضافة عبئا ضخما على الهيئة ، خاصة أن الهيئة تتضرر من التأمين الصحى على أصحاب المعاشات لأن مساهمتهم أقل من تكاليفهم ، مع الاختلاف الكبير فى الأعداد .

– ان الهيئة تؤمن بمبدأ أيلولة الوحدات التى تؤدى التأمين الصحى اليها ، وهو أمر يصعب تنفيذه بالنسبة لوحدات الصحة المدرسية بالريف والمراكز الصحية الحضرية .

ولعل الخبرة الواسعة التى تكونت لدى الهيئة العامة للتأمين الصحى والامام بالصعوبات التى واجهتها ، أن تكون مفيدة فى وضع المعدلات ومعايير التقييم دون أن تحمل الهيئة اضافة ادارة هذه الخدمة الى اعبائها الحالية .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها من مناقشات بالمجلس يوصى بالآتى :

* تحويل الادارة العامة للصحة المدرسية الى هيئة عامة للتأمين الصحى على الطلاب ، تتبع وزير الصحة ، وتمثل فى مجلس ادارتها الوزارات والهيئات المعنية بالصحة والتعليم والحكم المحلى والتأمين الصحى ومجالس الآباء على مستوى الجمهورية . على ان يصدر بانشائها قانون خاص .

* تؤول الى الهيئة الجديدة جميع وحدات الصحة المدرسية وعياداتها

ومستشفياتها وأجهزتها واداراتها ومخزونها السلعى ، وميزانيتها وجهازها الادارى ، وافرادها على اختلاف تخصصاتهم بجميع المحافظات . كما يؤول اليها رصيد صندوق التأمين على التلاميذ ضد الحوادث ، وتنقل الحقوق والالتزامات المترتبة على هذه الايلولة الى الهيئة .

* تتولى الهيئة الجديدة رعاية الطالب وقائيا وعلاجيا واجتماعيا ونفسيا .

* يكون تمويل نظام التأمين الصحى على الطلاب على الوجه الآتى :

– الاشتراكات السنوية التى يتحملها الطالب فى كل مرحلة من المراحل ، والتى تسدد عن كل عام دراسى وفقا للنظم وفى المواعيد التى يصدر بتحديدتها قرار من وزير الصحة بالاتفاق مع وزير التعليم ، وتحدد قيمة هذه الاشتراكات بوريا بناء على حسابات التكلفة ، وتزايدها المطرد ، بما يؤدى الى تقديم خدمة متميزة الى الطلاب .

– المساهمة التى تتحملها خزانة الدولة . مع ايلولة صندوق التأمين على حوادث الطلبة الى هذه الهيئة .

– التبرعات والاعانات والهبات .

– نسبة من الفائض المخصص لصناديق التأمين كاعانة تكافل اجتماعى ، وذلك فى حدود نسبة تحددها هذه الصناديق .

* يحدد القانون المقترح عناصر الخدمة التى يحق للطلاب الحصول عليها ، وذلك على الوجه الآتى :

أ- الخدمات الصحية الوقائية وتشمل :

× المسح البصرى الشامل عند اول التحاق فى كل مرحلة من مراحل التعليم .

× الجرعات اللازمة للتحصين ضد الامراض .

أو بالوفاة الناتجة عن حوادث كالتعويضات المالية وكافة أنواع الرعاية الاجتماعية الأخرى ، على أن يكون التأمين على الطلبة ضد الحوادث اجباريا وليس اختياريا كما هو الآن .

- وقف خدمات التأمين الصحى للطلاب اذا لم يتم بسداد الرسوم او انتقل إلى جهة تعليمية لاتخضع للتطبيق ، أو أنهى دراسته لاي سبب من الأسباب ، وكذلك طوال المدد التى يقضيها خارج الجمهورية .

* تتولى الهيئة تقديم خدمات التأمين الصحى المشار إليها - سواء فى جهات العلاج التى تملكها الهيئة أو خارجها - من خلال التعاقدات التى تجريها مع جهات العلاج الأخرى أو الاطباء المفوضين ، وفقا لمستويات الخدمة الطبية التى تحددها الهيئة .

* تلتزم وزارة التعليم أو الجهات التى يسرى فى شأنها هذا القانون - كالمعاهد الأزهرية وغيرها من المعاهد - بتوفير المكان المناسب لانشاء عيادة طبية بالمدرسة أو المعهد الذى به ١٥٠٠ طالب فأكثر ، وتحصيل الاشتراكات من الطلاب وتوريدها للهيئة ، وكذلك مدها بكافة البيانات والاحصاءات التى تطلبها الهيئة ، وفقا لما يحدده قرار يصدر من وزير الصحة .

* الى أن يتم اتخاذ اجراءات ايلولة القوى العاملة من الادارة العامة للصحة المدرسية الى الهيئة الجديدة ، يندب العاملون فى هذه الجهات والذين يصدر بتحديدهم قرار من وزير الصحة ، للعمل فى الهيئة الجديدة ، وذلك لحين نقل درجات من موازنة هذه الجهات الى موازنة الهيئة .

* النظر فى أن ينص فى القانون المقترح على اعفاء أموال الهيئة من كافة أنواع الضرائب والرسوم ، وعلى كافة المحررات التى يتطلبها تنفيذها من رسوم التمغه وعلى أن يكون من حق مندوب الهيئة دخول الجهات التعليمية للاطلاع على السجلات والدفاتر والأوراق والمحررات والملفات والمستندات التى تتعلق بتنفيذ القانون .

× المسح الطبى النوعى لطلاب الجهة بصفة دورية أو لظروف صحية طارئة .

× اعطاء التوصيات الطبية للجهة التعليمية لتوفير الاشتراطات الصحية اللازمة للمحافظة على مستوى صحة البيئة .

× نشر الوعى الصحى والثقافة الصحية بين الطلبة .

× الكشف على الطلاب الذين يمارسون أنشطة رياضية لتقرير مدى لياقتهم الصحية للقيام بممارسة هذه الأنشطة .

× الاشراف على تغذية الطلاب .

وذلك كله طبقا للشروط والأوضاع التى يصدر بتحديدتها قرار من مجلس ادارة الهيئة .

ب - الخدمات العلاجية والتأهيلية :
وهى التى تقدم داخل الجمهورية فى حالتى المرض والاصابة وتشمل :

- الخدمات الطبية التى يؤديها الطبيب الممارس العام فى جهات العلاج المحددة .

- الخدمات الطبية على مستوى الأطباء الاختصاصيين بما فى ذلك اختصاصى الأسنان .

- الفحص بالاشعة والبحوث المعملية وغيرها من الفحوص الطبية .

- العلاج والاقامة بالمستشفى أو المصح أو المركز التخصصى ، واجراء العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى .

- صرف الادوية اللازمة للعلاج .

- تقديم الأجهزة التعويضية .

وذلك طبقا للشروط والأوضاع التى تحددها الهيئة .

* أن ينص فى القانون المقترح على ما يأتى :

- أن تتولى الهيئة الجديدة الجانب الاجتماعى فى حالة الحوادث ،

الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩

السياسة الصحية

- توافر المياه النقية : بنسبة ٧٣.١ ٪ على مستوى الجمهورية .
- بدء تطبيق شبكة الصرف الصحى فى كثير من المدن .
- تفاقم مشكلة الاسكان .
- عدم توافر الغذاء الصحى لارتفاع أسعاره ، بما يجاوز طاقة شرائح كبيرة من المواطنين .
- بقاء النسب العالية من الاميين ، ذكورا واناثا .
- التغير الاقتصادى والاجتماعى : الذى ادى الى تحرك اجتماعى بين شرائح المجتمع المصرى .
- وبذلك أصبحت الفئات الأكثر تعرضا للمرض فى فقراء الفلاحين وأغلب موظفى الحكومة وعمال القطاع العام والفئات الهامشية فى المدن - كالباعة المتجولين والعمالة غير الماهرة - وليسست بالضرورة فى الحرفيين أو المهنيين أو التجار أو العمالة الماهرة .
- على انه يمكن ملاحظة ثلاث مراحل اساسية فى تطور الخدمات الصحية :
- المرحلة الاولى :
- من بداية القرن الحالى وحتى عام ١٩٦٠ .
- وتمثلت فى التوسع التدريجى فى المنشآت الصحية ، مع التركيز على المدن فى البداية ، ثم دخول الخدمة الصحية الى الريف عام ١٩٤٢ وكان لهذه المرحلة سمات مميزة ، وهى :
- كان القطاع الحكومى فى الاساس تحت الاشراف المباشر لوزارة الصحة .
- شارك النشاط الاهلى فى تقديم الخدمة ، مثل جمعيات المبرة والهلال الأحمر وغيرها .
- الى جانب القطاع الحكومى المجانى وجد قطاع خاص ، وبدأ فى هذه الفترة تطور بعض المستشفيات الخاصة .
- إمكان توفير الدواء يعتمد أساسا على الاستيراد .
- انشئت فى هذه الفترة معامل الامصال واللقاحات .

- عنيت الحكومات بسلامة أبناء شعوبها واكتمال سلامتهم ، بدنيا وعقليا واجتماعيا ، ورأت ضرورة تقديم الرعاية الصحية لجميع المواطنين باعتبار أن الصحة حق من الحقوق الأساسية لكل فرد فى المجتمع ، مما يتطلب وضع نظم رعاية صحية متكاملة ، اذ ان حالة الصحة تكتمل بقدر سلامة البيئة المحيطة بالانسان .
- ولقد تطور المفهوم العالمى للصحة اذ يعرف دستور منظمة الصحة العالمية - الصحة بقوله : الصحة هى حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا ، لامجرد انعدام المرض أو العجز .
- كما أصدرت منظمة الصحة مؤخرا قرارا بتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ وأن المدخل الى ذلك هو الرعاية الصحية الأولية .
- وفى المجتمع المصرى ، حدثت تغيرات هامة ، اثرت على مفهوم الصحة العامة ومعطياته - أبرزها :
- الزيادة المطردة فى السكان .
- الهجرة : من الريف الى الحضر ، والهجرة للعمل بالخارج ، والهجرة من منطقة قناة السويس بسبب حرب ١٩٦٧ ، ثم هجرة العودة عام ١٩٧٥ .

- التوسع فى الخدمات الصحية وإنشاء الوحدات المجهزة .
المرحلة الثانية :

من عام ١٩٦٠ الى عام ١٩٧٤ :

وتميزت ضمن مفهوم العدل الاجتماعى بالآتى :

- انتقل مفهوم التوسع الى مفهوم التغطية الصحية .

وبهذا ظهر مشروع الوحدات الصحية الريفية بعد الوحدات
المجهزة .

- صدر قانون التأمين الصحى عام ١٩٦٤ .

- تنظيم صناعة الدواء الوطنية وتوجيهها والتوسع فيها .

- التوسع فى إنشاء كليات الطب والمعاهد الصحية ومدارس
التعمير لتوفير الاعداد اللازمة للخدمة الصحية .

- ظل القطاع الخاص موجودا ، وذلك من خلال العيادات الخاصة
وبعض المستشفيات الخاصة ، وكان دوره مكملا لدور الدولة فى تقديم
الخدمات المجانية .

المرحلة الثالثة :

من ١٩٧٤ الى الآن :

وقد تأثرت بسياسة الانفتاح الاقتصادى ، وكان من سماتها ما
يأتى :

- انخفاض الانفاق الحكومى على الصحة بالنسبة للانفاق العام .

- تنامي دور القطاع الخاص فى تقديم الخدمة العلاجية وظهور
المستشفيات الاستثمارية .

- ازدياد تكلفة العلاج بشكل كبير ضمن ارتفاع الاسعار والخدمات
بشكل عام .

- دخول التكنولوجيا المعقدة ورعاية التكلفة خاصة فى المستشفيات
الاستثمارية والجامعية والعسكرية .

- توقف التوسع العشوائى فى القبول بكليات الطب وطب الاسنان
والصيدلة منذ عام ١٩٨٣ وانتشنت معاهد عالية للتمريض .

٣١٦

- توافر التمويل الأجنبى للمشروعات الصحية بالمنح والقروض .

الجوانب الهامة فى الموارد الصحية

الرعاية الصحية الاولى :

تمثلت الرعاية الصحية الاولى فى الحضر فى خدمات رعاية الامومة
والطفولة والصحة المدرسية ومكاتب الصحة ، أما فى الريف فتعتمد على
برنامج متكامل ، بدءا من المجموعات الصحية وانتهاء بالوحدات
الريفية .

وبالرغم من انتشار شبكة من هذه الوحدات موزعة جغرافيا بشكل
جيد الا ان هناك بعض الظواهر التى تشير الى ضعف استخدام هذه
الوحدات ، من ذلك تخطى هذه الوحدات الى المستشفيات مباشرة مع ما
يترتب على ذلك من تكسب فى عيادات المستشفيات ، وفشل ايجاد نظام
احالة جيد وعدم نجاح المحاولات المختلفة لتطبيق النظافة الصحية ،
وتهدف السياسة الصحية الى زيادة كفاءة هذا المستوى من الخدمة بحيث
تعطى غالبية الاحتياجات الصحية للمواطنين .

الرعاية الطبية المتخصصة :

عدد الاسرة المتاحة فى ١٩٨٧/٧/١ هو ٩٨,٣٤٤ سرير ، وما يملكه
القطاع الخاص منها يمثل ٨,١ ٪ ، و الباقي تملكه الدولة ويلاحظ على
ادائها الآتى :

- انخفاض معدل اشغال الاسرة .

- طول مدة الاقامة عن المتوسط المتعارف عليه .

- غيبة الأسس الاقتصادية لتشغيل المستشفيات .

التأمين الصحى :

بدأ تطبيق التأمين الصحى بمحافظة الاسكندرية سنة ١٩٦٥ ، وبلغ
عدد المؤمن عليهم حتى نهاية عام ١٩٨٦ - ٣,٣٨٨,٠٠٠ منتفع وبلغت
نسبة المنتفعين من الجهاز الادارى للدولة ٨٣ ٪ ومن العاملين فى الصناعة
٢٩ ٪ .

وقد حققت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال هذه السنوات

انجازات أهمها :

- تسلسل جيد للخدمة بدءاً من الممارس العام الى الاختصاصي ثم المستشفى .

- ادخلت نظاماً احصائياً راقياً .

- عنيت الهيئته بحسابات تكلفة الخدمة في مستوياتها المختلفة .

- وضعت معدلات للخدمة على كافة مستوياتها .

وفي المقابل يلاحظ ان نسبة المنتفعين تسير ببطء شديد ، كما ان ثبات الاشتراكات في الوقت الذي حدث فيه خلل كبير من الاجور والاسعار ادى الى ضعف المتحصل لمواجهة التكلفة المرتفعة ، مما اثر على مستوى الخدمة .

كما يلاحظ ان تكلفة الدواء تمثل ٥٠ ٪ من التكلفة الاجمالية وهو رقم مرتفع ، حيث ان المعدل في الدول المتقدمة بين ١٠ ٪ - ٢٠ ٪ فقط .

الفريق الصحي :

يبلغ عدد كليات الطب ١٣ كلية ، والصيدلة ٦ كليات ، وطب الاسنان ٥ كليات ، ومدارس التمريض ١٥٠ مدرسة ، والمعاهد الفنية الصحية ٦ معاهد .

ويمثل هذا الجهد عناية الدولة بتوفير القوى الصحية اللازمة للخدمة ، غير انه يؤخذ عليها :

- الخلل في تركيب الفريق الصحي ، حيث بلغت نسبة اطباء الى المرضات عام ١٩٨٦ - ١ : ١ وهي نسبة تثير القلق .

- ضعف مستوى الخريجين خاصة في السنوات الاخيرة ، وعدم مواعة الخريجين لمتطلبات الخدمة .

- سيطر على التعليم الطبي عامة التوجه الاكاديمي ، مع ضعف التوجهات الوقائية .

- غالبية الدارسين للدراسات العليا هم في التخصصات الاكاديمية ، مع ندرة الدارسين لعلوم الصحة وطب المجتمع .

الوعي الصحي :

تتضح أهمية الوعي الصحي من منطلق أن الانسان العادي هو الاقدر على العناية بصحته وصحة من يعول ، وذلك اذا تلقى المعلومة الصحية السليمة وبشكل مشوق ، ولا سيما عن مجموعة الامراض المعدية وأمراض سوء التغذية ، ومع توافر وسائل الاتصال الجماعي مثل التلفزيون والاذاعة والصحافة ، وجدت قنوات جيدة للاتصال مع الناس ، وقد استخدمت هذه الوسائل بشكل جيد ومشوق في بعض البرامج ، وكان لهذا اثره المباشر في طلب الناس للخدمة وتلقيها كما تدل الاحصاءات في الاعوام الاخيرة

ومع ذلك فلا يزال ارتفاع نسبة الأمية (٦١.٢ ٪) بين النساء عقبة في تحقيق النتائج الشاملة

نظم المعلومات الصحية : ويلاحظ عليه مايتلّ :

- طول الوقت الذي تستغرقه عملية تسجيل البيانات بالوحدات الى ان يتم تحويلها الى معلومات ذات معنى بمعرفة الأجهزة المركزية .

- يغلب على البيانات ظاهرة التفكك وعدم الاكتمال واحتمال عدم الدقة والجدية .

- المعلومات لاتعرض بشكل دوري على الجهات المسؤولة ، سواء على مستوى الوزارة أو المحافظة أو الادارة الصحية بالمركز .

- القدرة على تخزين المعلومات واسترجاعها في وقت قصير .

ادارة الخدمة الصحية : ويلاحظ عليه مايتلّ :

- أنها ادارة نشاط جار بمعنى غيبة الاهداف القابلة للقياس ، دون تحديد اولويات للمشكلات الصحية .

- أنها نادرا ماتستخدم البيانات الاحصائية لمتابعة الأنشطة الصحية المختلفة الا في شكل رقمي عام .

- أنها تتعامل مع المشكلات بمنطق رد الفعل وليس التحكم فيه ، بمعنى أنها تتفاعل مع المشكلات الملحة والأعلى صوتا بصرف النظر عن الأولويات .

– ان عدد الاطباء المتفرغين للادارة الصحية أقل من ثلث العدد المطلوب .

– معظم الأطباء الذين عهد اليهم بالادارة لم يشتركوا فى برنامج تدريبى فى الادارة .

– اسناد الادارة لأطباء غير متفرغين يجعل المصلحة الخاصة تطغى على الواجب الوظيفى ، وعلاج ذلك بتقديم تعويض عادل للتفرغ يحفز بعضهم للتفرغ اذا ما توافر لهم الحد المعقول لمواجهة مطالب الحياة .

– اعداد أكثر من مقرر دراسى عال فى ادارة الخدمة الصحية يمكن من يرغب فى العمل بالادارة الصحية من الالام بأسسها العلمية ، نظرا لتنامى الجهاز الصحى وتعقيده وارتفاع تكلفة مايقدمه من خدمات .

المجلس الطبى

نظرا لازدياد عدد الأطباء وضعف الرقابة على الممارسات الطبية ، فقد كثرت الحالات التى لا تلتزم بتقاليد المهنة وأدائها –والتي لاتوفر اكبر قدر من الامان والكفاءة والامانة العلمية لمرضاها – من ذلك :
– ظاهرة اجراء التدخلات الطبية فى اماكن غير معدة لذلك .
– ظاهرة الاعلان الرخيص ، حيث نرى لافتات الاطباء تتجاوز كل ماتنتص عليه لأئحة آداب المهنة .

– ادعاء اكتشافات جديدة فى الطب والعلاج ونشر ذلك فى الصحف ، دون التقيد بأسلوب النشر العلمى المعروف .

الدواء والامصال واللقاحات :

بالرغم من ان شركات الدواء توفر ما بين ٨٠ ٪ و ٨٥ ٪ من احتياجات الادوية ، الا انه يلاحظ :

– ان بعض هذا الانتاج هو مجرد اعادة تعبئة .

– ان عملية تخليق الدواء مازالت محدودة للغاية .

– ان استهلاك الدواء فى اطراد مستمر وبما لايتناسب مع الاسس العلمية للعلاج .

كما يلاحظ ان الاستهلاك الاكبر هو فى مجموعة المضادات الحيوية والفيتامينات والادوية المقوية ، والمسكنات وادوية الروماتيزم .

التمويل والانفاق الصحى :

تشير الدراسات المحدودة عن الانفاق الصحى الى :

– استمرار انخفاض نسبة الانفاق الصحى الى الناتج القومى العام .

– وتشير احدى الدراسات الى ان ما ينفقة الفرد من جيبه الخاص على الصحة أكثر ما هو مخصص له من الانفاق الحكومى .

وهناك ثلاثة مصادر لتمويل الخدمات الصحية :

x تمويل من الموارد السيادية للدولة .

وهذا التمويل موجه اساسا لما اصطلح عليه بالخدمة الصحية المجانية .

x تمويل من خلال نظم تأمينية صحية حيث يدفع المؤمن عليه جزءا من التكلفة يتكفل بالباقي رب العمل أو الدولة .

تمويل مباشر من المواطن مقابل الخدمة التى تؤدى له وهو الطابع المنتشر لدى القطاع الطبى الخاص .

والملاحظ انه قلما يعتمد المواطن على أحد هذه النظم فقط فهى كثيرا ما تتداخل فى بعضها البعض حيث يلجأ المواطن الى طريقة الدفع فى مقابل الخدمة فى الامراض البسيطة ، فاذا ما ارتفعت التكلفة يلجأ عادة الى القطاع الحكومى المجانى .

وقد نوقش التقرير بالمجلس وبرزت مناقشته عدة آراء واتجاهات ، من أهمها :

– يشكل موضوع تنظيم الأسرة عقبة اساسية أمام السياسة المستقبلية للصحة فى مصر ، ويجب ايجاد وسائل فعالة للحد من زيادة النسل لأنها تؤدى الى زيادة الانفاق الصحى .

– التفكير الجدى فى كيفية استعادة مصر مركزها الطبى بالنسبة للدول التى حولها ، وايجاد الوسائل الفعالة لجذب المرضى العرب مرة

اخرى الى مصر .

- يجب عند ارسال بعثاتنا الى الخارج الاستفادة من التطور العلمى الحديث فى المجال الطبى ، ولاسيما نظم المعلومات الطبية .

- الاهتمام ببنوك الدم اهتماما يوفر الوسائل الفعالة للحصول على الدم بأسعار معقولة بعد أن أصبحت اسعاره تجارة فى المستشفيات العامة وغيرها .

ضرورة ان يكون هناك ربط بين النظم المتشعبة لمسئولية الدولة عن التأمين الصحى وتلك التى تشرف عليها الدولة ، سواء فى مستشفيات وزارة الصحة أو فى المستشفيات الخاصة .

- يجب بالنسبة للحالات الطارئة ان تستقبلها جميع المستشفيات ، عامة كانت ام خاصة ، على ان تدفع وزارة الصحة تكاليف العلاج بالمستشفيات الخاصة بعد مواجهة الحالة الطارئة للمريض .

- ان يكون الهدف من البحوث الطبية أساسا هو كيفية تطبيق نظام صحى فعال لخدمة المواطنين .

وعلى جهاز البحوث فى وزارة الصحة أن يكون حلقة اتصال بين كل الجهات التى تقوم بعمل البحوث الطبية ليتمكن الاستفادة بما توصلت اليه البحوث من نتائج وتطبيقها على القطر ككل أو حتى على محافظة واحدة كنموذج تجريبى .

- يجب تقييم تجارب اقامة المستشفيات الخاضعة لقانون الاستثمار والتى ارتفعت أسعار العلاج فيها ارتفاعا باهظا ، ساعد على عزوف مرضى الدول العربية عن العلاج فى مصر واستحال على غير القادرين من المواطنين .

التوصيات

وبناء على ماسبق ، وعلى ضوء دراسات المجلس السابقة - يوصى بالآتى :

اولا : توصيات عامة :

* تحديد اولويات المشكلات الصحية طبقا للآتى :

- أهمية المشكلة الصحية

- توافر التقنيات للتعامل معها بكفاءة .

- ان يكون ذلك فى اطار تكلفة معقولة

* رفع الانفاق على الصحة بنسب متدرجة لكى يصل الى ٦ أو ٧ ٪ من الانفاق الصحى من موارد فى السنوات الأخيرة ، وذلك عن طريق ترتيب الأولويات ، والوضوح فى تعامله مع المشكلات الصحية .

* تحديد هدف السياسة الصحية فى أمرين :

-القضاء على مجموعات الأمراض المعدية والمتوطنة وسوء التغذية أو التحكم فيها ، وهى مجموعة أمراض نقص الموارد أو الفقر .
- التعامل مع المجموعات الأخرى من الأمراض طبقا لأولويات محددة وبهدف الوقاية منها كلما أمكن ذلك ، ثم الاقلال من ضراوة المرض ، وهذه المجموعات هى ما يطلق عليها اسم أمراض الوفرة .

* اهتمام المسؤولين الصحيين بالجهود التى تبذل فى تحسين العوامل المؤثرة فى الصحة ، مثل الصرف الصحى وجمع القمامة ووسائل التخلص منها وتوافر المياه والمسكن والغذاء ، وغير ذلك من النواحي التى ينبغى ان تحظى بالدعم والتأييد من قبل السلطة الصحية والدعوة لها ، حيث أن المردود الصحى من هذه القطاعات امر متعارف عليه .

* توفير المعلومات الصحية السليمة للجمهور ، بوصفهم أصحاب المصلحة فى المحافظة على صحتهم ، الأمر الذى يقتضى مشاركتهم فى أداء الخدمة بدءا من التخطيط لها ، وصولا الى تحمل جانب من الانفاق والاسهام فى الادارة .

* تشغيل موارد الدولة الموجهة للنشاط الصحى بأعلى كفاءة ممكنة ، بحيث تعمل جمع الوحدات الصحية باقصى إمكاناتها ، وان يكون اداؤها بأعلى كفاءة ممكنة ، وأن تستوعب الطاقة المعطلة من الانشاءات والأفراد وتحولها الى طاقة نشطة منتجة .

وتطوير البرامج بهدف تخريج ممرضات مؤهلات للعمل فى الرعاية الأولية .

* إعداد المساعدين الفنيين الذين يقومون بالعمل فى أغلب وحدات الرعاية الصحية الأولية والذين تم تدريبهم لمدة ستة شهور فقط بوزارة الصحة ، حتى يمكن الارتقاء بكفاءة العمل مع تطوير طريقة اعدادهم عن طريق توسيع معلوماتهم الصحية فى مجال عملهم .

فيما يختص بالخدمة المعملية :

* توفير الخدمة المعملية بما يغطى احتياجات الفحوص الطبية بالوحدات بحيث تشمل الفحوص المعملية الأساسية مع اضافة بعض الفحوص التى يتفق على ضرورتها لمساعدة الطبيب على اتخاذ قرار سليم فى وقت مبكر .

فيما يختص بالمستوى الثانى والثالث من الرعاية الصحية :

* وضع نظام للتحويل من مراكز الرعاية الأولية الى المستشفيات وعياداتها الخارجية .

* معالجة انخفاض نسبة اشغال الأسرة فى كثير من أيام السنة بمستشفيات وزارة الصحة والهيئة العامة للتأمين الصحى وبعض مستشفيات القطاع الخاص والاستثمارى ، وكذلك معالجة ارتفاع متوسط إقامة المريض بمستشفيات وزارة الصحة على وجه الخصوص .

* العمل على توفير أربعين ألف سرير حتى سنة ٢٠٠٠ أو مايعدها بالتدريج ، من أجل المحافظة على حد أدنى : سريرين لكل ألف مواطن .

* تطوير المرافق والمباني وتحديثها ، وكذلك تطوير العيادات الخارجية .

* تحديث تجهيزات التشخيص وبخاصة أقسام الأشعة والمعامل وغرف العمليات والعناية المركزة والتعقيم المركزى وأقسام الطوارئ .

* اضافة وسائل التشخيص الحديثة فى العيادات الخارجية .

* الاهتمام بتدريب الأفراد الذين يعملون فى هذا المجال على

ثانيا : توصيات مباشرة :

فيما يختص بمشاركة أفراد المجتمع فى تكلفة الخدمة الصحية :

* توفير الموارد من منشآت وأفراد لخدمة التأمين الصحى بشكل تنظيى أو آخر من بين بدائل محددة على الوجه المبين فيما سلف .

* ادارة الدولة لجزء من مواردها للخدمة بأجر مباشر طبقا للائحة واضحة ، وبصورة لاترهق المواطنين وبخاصة غير القادرين ولاتركهم للقطاع الخاص كلية ، وذلك حتى يتم تطبيق التأمين على شرائح واسعة من المجتمع على أن يبدأ بتنطية طلبة المدارس والجامعات وقطاع الريف .

فيما يختص بتوفير الدواء :

* توفير الأدوية واللقاحات طبقا لقائمة الأدوية الأساسية من خلال التصنيع أولا وكلما أمكن ذلك ، بحيث تتوافر الأدوية والأمصال واللقاحات بتكلفة معقولة .

* توفير وسائل التشخيص السريع التى تساعد على اكتشاف وتشخيص الأمراض مبكرا للتعامل معها فى مراحلها الأولى .

فيما يختص بالرعاية الأولية :

* وضع برنامج محكم لنظام الزيارات المنزلية يمكن ان ينتقل بالخدمة فى كثير من الحالات الى مستوى أعلى يحقق نتائج ملموسة فى تحسين الحالة الصحية .

* تطوير نظم القيد والسجلات الصحية وإيجاد أماكن لحفظها وتدريب العاملين على استخدامها .

* ضرورة التخصص بالنسبة للأطباء بعد مرحلة البكالوريوس فى أى فرع من فروع الطب بما فى ذلك تخصص الرعاية الصحية الأولية أو الممارس العام . وهذا يقتضى اعداد برنامج على مستوى الدبلوم للتخصص فى طب الأسرة أو الممارسة العامة .

* إعداد دراسات متقدمة لخريجات مدارس التمريض الثانوية ،

مختلف نوعياتهم ، لاكسابهم المهارات اللازمة لاداء العمل بشكل جيد وكفاءة اقتصادية .

فيما يختص بالارشادات الصحية للمواطنين :

* الاستفادة المرشدة بوسائل الاتصال الجماهيرى ، وفى مقدمتها الاذاعة الصوتية والاذاعة المرئية .

* توصيل المعلومات الصحية الى الجماهير بأسلوب مناسب ويحرص شديد على صحة المعلومات الصحية ودقتها العلمية .

* تعريف المواطنين بالخدمات الصحية المتاحة ودعوتهم للاستفادة منها

* تأكيد دور الفريق الصحى فى توصيل المعلومات والارشادات الصحية وتغيير السلوك الى الأفضل ، عن طريق الحوار والحديث المباشر مع المترددين على الوحدات أو فى الزيارات المنزلية .

فيما يختص بالمعلومات الصحية :

* تطوير نظم المعلومات لتصبح أداة فعالة فى ادارة الخدمات الصحية بكل مستوياتها .

* التحكم الدقيق فى مدخلات البيانات ، الذى يركز على محددات مسبقة للمخرجات المطلوبة .

* توفير عنصر سهولة التعامل بجهاز المعلومات ومعه ، وتحويل البيانات الى معلومات ذات معنى فى وقت محدد .

* تيسير تناول المعلومات وسرعة نقلها من المكونات المختلفة للجهاز الصحى وخاصة بين الجهات المنتجة والجهات المستفيدة .

* توفير الوسائل التى تكفل تخزين المعلومات واسترجاعها فى وقت قصير .

* العمل على ان يكون جهاز المعلومات فى خدمة الجهاز الصحى ومكوناته ، ووضعا فى اعتباره احتمالات التطوير فى المستقبل .

* ضرورة الحصول على المعلومات الصحية من مختلف الجهات ، بما فيها القطاع الخاص .

* توفير مكتبات علمية على مختلف المستويات فى مراكز الخدمات الصحية ، بدءا بالوحدة الريفية

* دعم النوريات التى تهتم بالمشكلات الصحية الاساسية ، وتشجيع اصدار مجلات صحية بحيث يكون هدفها توعية المواطنين وتثقيفهم صحيا .

فيما يختص بإدارة الخدمات الصحية :

* تعويض الأطباء المتفرغين تعويضا عادلا يحفزهم على التفرغ .

* إعداد أكثر من مقرر دراسى عال فى ادارة الخدمة الصحية للأطباء

فيما يختص بالممارسات الطبية :

* انشاء هيئة أو جهاز لضبط الممارسات المهنية ، يتشكل من ممثلين من رجال القضاء وممثلين للمهنة من الأطباء وممثلين لمستهلكى الخدمة وشخصيات عامة لها تاريخها المعروف بين أوساط المهنة الطبية . - ويكون من بين مهام الجهاز المقترح : التسجيل لمزاولة المهنة ، والتحقق من توافر المستوى العلمى الجيد عند التسجيل .

فيما يختص بالسياسة البحثية :

* وضع سياسة بحثية سليمة تشارك فى تنفيذها كليات الطب والصيدلة وطب الاسنان ومعاهد التمريض والمعهد العالى للصحة العامة والمراكز البحثية بوزارة الصحة وأكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا والمركز القومى للبحوث والاكاديمية الطبية العسكرية ومراكز البحوث التابعة للقوات المسلحة .

* توجيه البحوث لحل المشكلات الصحية الاساسية ، ومنها توفير المجموعة الاساسية من الادوية والطعوم وتوفير مجموعة من وسائل التشخيص لأهم الأمراض والتى توفر تشخيصا دقيقا فى وقت سريع وبتكلفة معقولة ، ودراسات وبائية تساعد على تحديد العوامل المختلفة والمسببة للأمراض والعوامل التى تزيد من خطورة هذه الامراض ، وزيادة فاعلية الجهاز الصحى .

فيما يختص بالتشريعات :

- * تحديد مسئوليات الجهات المختلفة بوضوح كامل ، عن طريق تحديد اختصاصات كل منها .
- * مراجعة القوانين التي صدرت في مجال الصحة منذ فترة طويلة نسبيا ، تغيرت فيها الظروف كقوانين مزاولة المهنة .
- * اصدار تشريع موحد للصحة يشتمل على كل الأنشطة المتعلقة بها ، وعلى شكل فصول تعالج كل موضوع في فصل مستقل ، ومنها : الأمراض المعدية والأغذية ومزاولة المهن الطبية وغيرها من الموضوعات الصحية الرئيسية .

فيما يختص بالتمويل :

- * اعادة تصحيح الانفاق الصحي ، بزيادة هذا الانفاق تدريجيا ليصل الى ٧ ٪ من الانفاق الحكومي بحلول عام ٢٠٠٠ ، أو ما بعده .
- * مشاركة المواطنين في تكلفة الخدمة الصحية ، عن طريق التوسع في نظام التأمين الصحي .
- * اعادة النظر في اولويات الانفاق الحكومي على الصحة بحيث يوظف القدر الكافي منه في الرعاية الصحية الأولية واما بالنسبة لقطاع المستشفيات فيراعى تشغيل المستشفيات القائمة بكفاءة عالية قبل انشاء مستشفيات جديدة .
- * ترشيد الانفاق على الدواء ، والذي وصل الى نسب عالية من الانفاق الصحي لانتفق مع المعدلات العالمية المتعارف عليها .
- فيما يختص بالمسنين :
- * التوسع في تعليم طب المسنين وعلوم الأعمار بكليات الطب وغيرها .

* تشجيع التخصص في هذا الفرع من فروع الطب .

- * مضاعفة اهتمام التثقيف الصحي بتوعية المواطنين بهذه المرحلة العمرية وتعريفهم باحتياجاتها وأمراضها المختلفة وكيفية الوقاية منها وتفادي مضاعفاتها كنواحي التغذية والرياضة وغيرها .

٣٢٢

* توفير الرعاية العلاجية الكافية عن طريق :

- ايجاد عدد كاف من العيادات الخارجية .
- ايجاد عدد كاف من الأسرة المناسبة بالاقسام الداخلية .
- المشاركة مع الجهات الاجتماعية لاجاد اعداد كافية من النوادي ودور الاقامة للمسنين ، مع توفير رعاية كافية فيها .
- تنظيم رعاية صحية منزلية فعالة يقوم بها أشخاص مدربون على حسن رعاية هذه الفئة من المواطنين .

العلاج على نفقة الدولة بالداخل والخارج

يتناول هذا التقرير بإيجاز ثلاثة موضوعات مرتبطة هي :

- العلاج على نفقة الدولة بالخارج .
- العلاج على نفقة الدولة بالداخل .
- علاج الفشل الكلوي على نفقة الدولة .

أولا : العلاج على نفقة الدولة بالخارج

الموقف التشريعي : بدأ العلاج على نفقة الدولة بالخارج بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ على نطاق ضيق ، بإيفاد بعض كبار الشخصيات ، أو بمن أنوا خدمات جليلة للدولة نون نظام محدد ، ثم تتابعت القرارات الجمهورية ، الى ان انتهت الى الموقف الحالي الذي يوجز فيما يأتي :

x انه في حالة موافقة المجلس الطبي المتخصص على علاج

المريض على نفقة الدولة يرسل التقرير الى الامانة العامة لمجلس الوزراء الذى يقوم باجراء بحث اجتماعى - تجريه ادارة خاصة برئاسة الجمهورية - عن حالته الاجتماعية وقدرته المادية على تحمل نفقات العلاج أو بعضها ، ثم يصدر قرار رئيس الوزراء على ضوء ذلك ثم عهد بالبحث الاجتماعى بعد ذلك الى وزارة الشؤون الاجتماعية .

وفى عام ١٩٨٠ صدر قرار جمهورى بتفويض نائب رئيس مجلس الوزراء فى اصدار قرارات العلاج بالخارج ، وفى عام ١٩٨٢ فوض وزير شئون مجلس الوزراء فى ذلك ، ثم فى عام ١٩٨٤ فوض وزير الصحة فى هذا الخصوص .

وبالإضافة الى القرارات التى تصدر من وزير الصحة للعلاج بالخارج على نفقة الدولة بناء على توصية المجالس الطبية ، تصدر بعض القرارات المباشرة من السيد رئيس الوزراء فى الحالات التى لها صفة الاستعجال أو التى تخص بعض الشخصيات العامة .

اما بالنسبة لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات ، فان طلبات سفرهم للعلاج بالخارج تعرض على لجنة خاصة تشكل من أعضاء من كليات الطب وتصدر توصياتها ، ويصدر القرار الخاص بالعلاج على نفقة الجامعة من السيد وزير التعليم العالى .

وأما بالنسبة للمتفعين بالتأمين الصحى ، فانهم يتقدمون - اذا رغبا فى العلاج بالخارج - الى الهيئة العامة للتأمين الصحى التى تقوم بتحويلهم الى المجالس الطبية المتخصصة ، والتى ترسل توصياتها الى الهيئة ، ويصدر القرار الخاص بالعلاج ، على أن تتحمل جهة العمل نفقات السفر وبدلته .

أسباب العلاج على نفقة الدولة بالخارج :

لاشك أن مسئولية الدولة فى سياستها الصحية هى اتاحة الرعاية الطبية لكل المواطنين ، وفى حدود امكاناتها المتاحة بصرف النظر عن قدرة المواطنين المالية ومصر - وهى دولة نامية - مستوى التشخيص والعلاج فيها أقل من مثيله بالدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية

والملكة المتحدة وفرنسا ومن جهة أخرى فان كبار العاملين فى الدولة - وهم مثقلون بالأعباء والمسئوليات كثيرا ما يتعرضون الى الاصابة بالأمراض المختلفة نتيجة الارهاق ، ولا تقدم الدولة لهم الجزء المادى الذى يناسب جهودهم وليست لديهم القدرة على تحمل نفقات العلاج الباهظة لذا فان الدولة تقوم بمساعدتهم فى العلاج حفاظا على صحتهم وضمانا لحسن استمرار قيامهم بمسئولياتهم الكثيرة والمتعددة .

وهذا النظام متبع فى الكثير من الدول ، مثل الولايات المتحدة والاتحاد السوفيتى ، حيث يتم علاج كبار المسئولين فى مؤسسات خاصة تفوق امكاناتها الامكانيات العادية فى المستشفيات .

على أن الأمر قد يحتاج الى وضع معايير مناسبة تقوم على اساسها الدولة بإيفاد عدد محدود من المواطنين للعلاج فى الخارج .

فمن الوجهة النظرية لا يوفد مريض للعلاج بالخارج على نفقة الدولة الا : أن يكون المرض قابلا للشفاء أو على الأقل للتحسن الكبير ، وأن يكون العلاج غير متوفر فى مصر .

كما انه من الوجهة النظرية أيضا لايجوز سفر مرافق للمريض على نفقة الدولة الا فى حالات معينة هى : الأطفال و مرضى العيون الذين تنخفض قوة ابصارهم عن الحد الذى يسمح بالحركة وحدهم ، ثم الحالات الشديدة للمرضى الى درجة العجز والتى لايمكن لها رعاية نفسها ومن الواقع العملى تبين أن هناك حالات كثيرة ووفق فيها على سفر مرافق دون توفر الشروط السابقة . ان عدد كبيراً من مؤلاء الموفدين للعلاج بالخارج لاينطبق عليهم هذان الشرطان .

دلالة الاحصاءات :

- ان أعداد الموفدين عن طريق المجالس الطبية قد تضاعفت منذ ١٩٧١ حتى وصلت الى أكثر من عشرة اضعاف عام ١٩٨١ ، ثم تناقصت بعد ذلك نسبياً حتى أصبحت حوالى خمسة اضعاف عام ١٩٨٦ وتضاعف بالتالى الانفاق على العلاج بالخارج ، فبلغت النفقات المعتمدة عام ١٩٨١ حوالى خمسين ضعفاً لنفقات عام ١٩٧١ ، وبالرغم

من انحسار عدد الموفدين منذ عام ١٩٨١ وحتى عام ١٩٨٦ فقد ظلت النفقات كما هي ، نظرا لارتفاع أجور العلاج بالدول الموفد اليها .

- ان النفقات الفعلية للعلاج بالخارج تتجاوز دائما النفقات المعتمدة ، وقد بلغت على سبيل المثال ضعفها في عام ١٩٧٦ .

- ان اعداد الموفدين بقرارات مباشرة قد تصاعدت حتى بلغت عام ١٩٨٤ حوالي ١٧ حالة ، وفي عام ١٩٨٥ بلغت حوالي ١٤٤ حالة ، ثم نقصت عام ١٩٨٦ .

- انه حدثت زيادة في أعداد من أوفدهم التأمين الصحي للعلاج على نفقته مع زيادة مقابلة في نفقات العلاج ، حيث كان عدد الحالات الموفودة عام ١٩٨٢ أكثر من ثلاثة أضعاف الحالات الموفدة عام ١٩٧٩ وان كانت قد بدأت في الانخفاض النسبي طبقا لبيانات الهيئة في الاعوام التالية ٨٣ - ٨٤ - ٨٥ أما نفقات العلاج فقد تضاعفت في عام ١٩٨٢ أكثر من ثلاثة أضعاف تبعا للزيادة في متوسط تكلفة المريض .

- زادت القرارات المباشرة للعلاج زيادة مطردة في الاعوام الأخيرة زيادة متوالية .

- أن عدد حالات العلاج بالخارج على نفقة الفرد الخاصة قد تناقصت من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٨٦ . كما انخفضت نفقات علاجهم التي تحملوها .

- أنه بالنسبة للبلاد التي يوفد اليها المرضى المحولون من المجالس الطبية ، فإن المملكة المتحدة تأتي في المقدمة ، حيث يوفد اليها ٧٢٪ من الحالات ، وإلى فرنسا ٢٠٪ وإلى ألمانيا الغربية ٤٪ ، وإلى الولايات المتحدة ٢٪ ، وإلى بلاد أخرى ١٪ .

من نتائج الدراسة :

× حدث في بعض الأحيان نوع من الاستغلال من بعض الجهات في الخارج ، فعلى سبيل المثال : يعتمد القطاع الخاص في العلاج ببريطانيا على علاج المرضى القادمين من مصر والدول العربية بالنظر الى أن الطب مؤمم بالنسبة للمواطنين البريطانيين ، مما اتاح لبعض الأطباء والجراحين البريطانيين ان يغالوا في أتعابهم .

٣٢٤

× ان البحث الاجتماعي الذي تجرية وزارة الشؤون الاجتماعية للتأكد من الحالة المادية للمريض ومدى قدرته على تحمل كل أو بعض نفقات العلاج - لايجرى بالدقة الواجبة .

× ان هناك تجاوزات من قبل بعض المرضى الموفدين للعلاج بالخارج مثل محاولة اطالة مدة بقائهم ، أو العلاج من حالات غير الحالات الموفدين من أجلها ، أو الحصول على نظارات أو أجهزة طبية غير مرتبطة في معظم الاحوال بالمرض الذي اوفدوا من اجله ، أو التغلب على ضالة بدل السفر الذي يصرف لهم خارج دور العلاج بالبقاء أطول مدة ممكنة داخل المستشفيات .

× وقد كان المأمول بعد أن قامت المستشفيات الاستثمارية المجهزة بأحدث أساليب التشخيص والعلاج ، وبالتكنولوجيا المتقدمة والفندقة العالية المستوى ، ان تقل الحاجة الى السفر للعلاج بالخارج .

× درجت في الاعوام الأخيرة بعض المستشفيات الجامعية والعسكرية والمعاهد المتخصصة وبعض المستشفيات الخاصة على استقدام خبراء من الخارج ، من الاساتذة المنتقلين في التخصصات المختلفة ، وذلك للكشف على المرضى واجراء الجراحات الدقيقة ، على أنه لم تجر سوى جراحات قليلة بل ان بعض هؤلاء الخبراء قد اقتصروا على فحص بعض حالاتهم السابقة التي عرضت عليهم بالخارج ، ثم فحص بعض الحالات الجديدة واعطائها تقارير بضرورة سفرها الى الخارج ، مما أدى الى ازدياد الضغوط من هؤلاء المرضى بطلب السفر الى الخارج على نفقة الدولة .

ثانيا : العلاج على نفقة الدولة بالداخل :

الموقف التشريعي : أشار القرار الجمهوري رقم ١٠٦٩ لسنة ١٩٦٤ الى أنه يجوز بقرار من رئيس المجلس التنفيذي (رئيس مجلس الوزراء) علاج العاملين في الحكومة ووحدات الادارة المحلية والذين يصابون بمرض لا علاقة له بأعمال الوظيفة في أحد المستشفيات على نفقة الدولة بالداخل ، كما أجاز القرار رقم ١٠٧٠ لسنة ١٩٦٤ علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل اذا كانت الحالة الاجتماعية للمريض لاتسمح له بتحمل تكاليف العلاج .

أسباب العلاج على نفقة الدولة بالداخل

ان علاج المواطنين على نفقة الدولة في الداخل ، أى في المستشفيات الجامعية والمستشفيات والمعاهد التعليمية والمستشفيات العامة ، أمر غير واضح أو مفهوم فالمعروف أن العلاج في هذه المستشفيات هو أصلاً بالمجان ، وهناك نسبة محددة من أسرتها خصصت للعلاج بأجر اقتصادي ، ويصبح الأمر في حقيقته اقتطاع مبالغ من بند علاج المواطنين في ميزانية الدولة لضافتها إلى ميزانية هذه المستشفيات .

ولقد أدى هذا النظام إلى تقلص العلاج المجاني في بعض هذه المستشفيات والمعاهد ، وأصرارها على تقاضى هذه المبالغ المعتمدة من المجالس الطبية لإدخال المرضى وإجراء الفحوص والعلاج ، وأصبح من العسير الآن - على سبيل المثال - دخول مريض لإجراء جراحة صمامات القلب في أقسام جراحة القلب والصدر بالمستشفيات الجامعية أو معهد القلب إذا كان بالمجان ، بل عليه أن يوضع في قائمة انتظار طويلة كما أدى إلى وجود فئتين من المرضى المترددين على هذه الوحدات :

أحدهما فئة قليلة حصلت على قرار بالعلاج في الداخل ، أما الفئة الثانية فهي باقى المترددين من الجمهور .

دلالة الاحصاءات :

وتشير الاحصاءات الرسمية المتاحة إلى أنه رغم الزيادة العامة في عدد الحالات التي تعالج بالداخل على نفقة الدولة من عام ١٩٨١ إلى عام ١٩٨٦ ، فإن حالات الفشل الكلوي قد زادت بصفة خاصة زيادة كبيرة ، وقد تبع ذلك زيادة عامة في نفقات هذا العلاج بالداخل من حوالي ٢ ملايين جنيه عام ١٩٨١ إلى حوالي ١٦.٦ مليون جنيه عام ١٩٨٦ ، ويرجع السبب في هذه الزيادة إلى زيادة نفقات علاج الفشل الكلوي من حوالي ١.٤ مليون جنيه عام ١٩٨١ إلى حوالي ١٤ مليون

جنيه عام ١٩٨٦ ، وهو موضوع القسم الثالث عن هذا التقرير الموجز .

ثالثاً : علاج الفشل الكلوي على نفقة الدولة

تمثل مشكلة علاج مرضى الفشل الكلوي أهم مشكلات العلاج على نفقة الدولة بالداخل فلقد قدرت جمعية أمراض الكلى المصرية أن الفشل الكلوي يحدث في مصر بمعدل ٩٠ حالة في كل مليون من السكان كل عام ، وهي من أعلى النسب في العالم ، حيث إن المعدل العالمي هو ٢٠ في المليون في العام .

وبناء على نفس الاحصاءات يقدر أن هناك الآن أكثر من ٥٠ ألف مريض بالفشل الكلوي في مصر ، وأن خمسة آلاف شخص يصابون بالمرض كل عام .

ونظراً لأن العلاج الوحيد في هذه الحالات هو إما نقل الكلى من متطوع أو من متوف حديثاً ، وإما الغسيل الكلوي المستمر ، ولما كانت إمكانات مراكز نقل الكلى في أنحاء الجمهورية محدودة ، وتوفر الكلى سواء من الأقارب أو من متوفين جدد محدوداً ، وتحكمه ظروف مادية واجتماعية ودينية عدة ، وأن نفقات الغسيل الكلوي - وهي تتراوح في الجلسة الواحدة ما بين ستين جنيهاً في المستشفيات الحكومية إلى مائة وخمسين جنيهاً في مستشفيات القطاع الخاص - ويتحتم إجراء الجلسات مرتين في الأسبوع على الأقل مما يتكلف ما بين خمسمائة إلى أكثر من ألف جنيه شهرياً ، وهو مبلغ ينوء به كاهل أغلب المواطنين خاصة إذا استمر إلى فترات طويلة - فقد وجدت الدولة نفسها تواجه مشكلة حادة تتمثل في الأعداد المتزايدة من مرضى الفشل الكلوي الذين يتقدمون للعلاج على نفقة الدولة ، واضطرت في ذلك إلى الاستعانة بوحدة غسيل الكلى في القطاع الخاص ، والبعض منها على مستوى غير مرض .

دلالة الاحصاءات :

أفادت الاحصاءات الرسمية المتاحة ، أن عدد الحالات التي تعالج

على نفقة الدولة في زيادة مستمرة ، وكذلك نفقات علاجها ، وذلك على النحو الآتي :

- انه قد تضاعفت عدد الحالات ما بين عام ١٩٨٠ وعام ١٩٨٦ أكثر من تسع مرات ، وتضاعفت بالتالي النفقات خلالها حوالي خمسة وعشرين ضعفا ، حتى بلغت في عام ١٩٨٦ ما يقرب من ١٤ مليون جنيه .

- ان هناك الآن ٤٤ مركزا لغسيل الكلى ، و ٣٠ مركزا بالقطاع الخاص ، وانه منذ اول عام ١٩٨٣ الى نهاية عام ١٩٨٦ قامت المراكز الحكومية بعلاج حوالي ٦٠٪ من حالات الفشل الكلوي ، والمراكز الخاصة بعلاج ٤٠٪ من الحالات .

- ان النفقات الفعلية لغسيل الكلى لاتزيد على ٥٠ جنيتها .
- انه قد تمت الموافقة على اعفاء قطع الغيار والمعدات اللازمة لأجهزة الغسيل الكلوي من الرسوم الجمركية ، ولكن التنفيذ لم يبدأ بعد .

- ان وزير الصحة قد اقترح في مارس ١٩٨٤ وضع موازنة خاصة لعلاج حالات الغسيل الكلوي ، ولم يتم ذلك حتى الآن .

من نتائج الدراسة :

× ان الجزء الأكبر من نفقات الغسيل الكلوي يكمن في ثمن المرشح ، وقد أمكن بالتطور العلمي في الخارج تكرار استخدام المرشح الواحد الى سبع مرات بعد غسله وتعقيمه ، مما يؤدي الى خفض كبير في التكلفة ، وان كان هذا لم يطبق في مصر بعد .

× انه في عام ١٩٨٣ تمكن مركز الأجهزة الطبية الذي تشرف عليه وزارة الصحة من انتاج نموذج غسيل المرشحات طبقا للأصول الفنية وبالإمكانات المحلية المتاحة . كما قام المركز بتصميم كلية صناعية مبسطة ، وتم تطويره هندسيا (بتكلفة اقل من ألفي جنيه ، بينما يزيد ثمن الجهاز المستورد على ١٥ الف جنيه) ، ولكن لم يتم الاستفادة منه

٣٢٦

حتى الآن أو تجربته على نطاق واسع للتعرف على مدى كفاءته .
× ان العلاج الحاسم للفشل الكلوي هو نقل الكلى في الحالات

الصالحة لذلك ، ولكن العلاج تكتشفه صعوبات عدة منها :

- قلة عدد المراكز التي تقوم بأجراء هذه الجراحة .
- احجام أقارب المرضى عن التبرع لهم بكلاهم ، وترجع بعض أسباب ذلك الى تخوفهم من فشل العملية .

- عدم توافق اعداد من الكلى المأخوذة تبرعا من المتوفين حديثا ، وعدم وجود بنك الكلى ، خاصة وأن نقل الكلى من متوف يجب أن يتم خلال ساعات محدودة .

- خوف المواطنين من التبرع بالكلى لاعتقادهم بمخالفة ذلك لاحكام الدين ، رغم فتوى الأزهر بأن نقل الكلى للمرضى بأي أسلوب سواء كان من الأحياء أو من حديثي الوفاة أمرمباح ، بشرط ألا يكون ذلك عن طريق البيع ، وعلى أن تنظم الدولة أساليب التبرع أو الهبة .

التوصيات

وعلى ضوء التقرير المطول الذي عرض على المجلس ومادار حوله من مناقشات يوصى بالآتي :

في شأن العلاج على نفقة الدولة بالخارج :

* دعم إمكانات وتجهيزات المستشفيات الجامعية والمعاهد المتخصصة والمراكز العلمية للقيام بالتشخيص والعلاج لأغلب الحالات التي توفد حاليا للخارج .

* العمل على تفرغ فريق من الاطباء والجراحين ذوي الكفاءة والمهارات العالية ، وبخاصة في مجال الجراحات الدقيقة والفحوص المتقدمة ، لتكوين كوادر مدربة تدريباً عالياً مع تعويضها التعويض المناسب لهذا التفرغ .

* تشجيع ايفاد الاطباء والعاملين في كليات الطب والمعاهد والمستشفيات الى الخارج في بعثات قصيرة أو طويلة للتدريب على هذه

كانت تكلفته فى الوحدات المختلفة ، سواء التابعة لهيئة التأمين الصحى
أو المؤسسات العلاجية أو أقسام العلاج بأجر فى المستشفيات العامة
- الاقتصار مستقبلا على علاج الحالات التى تحتاج الى جراحات
دقيقة أو العلاج عالى التكلفة الذى يتطلب امكانات مالية غير عادية
فى شأن علاج حالات الفشل الكلوى على نفقة الدولة :
* وضع برنامج قومى للوقاية من أمراض الكلى التى تؤدى فى
النهاية الى الفشل الكلوى .
* التوسع فى انشاء ودعم مراكز نقل الكلى فى المستشفيات
الجامعية والتعليمية والمعاهد المتخصصة .
* اعداد المستشفيات العامة بالمحافظات بمراكز الغسيل الكلوى ،
وتدريب الأطباء والهيئات المساعدة على العمل بها ، ودعم المراكز
الحكومية الحالية وزيادة طاقتها ورفع كفاءتها .
* انشاء صندوق خاص لتمويل نفقات غسيل الكلى للمواطنين تتكون
حصيلته من مصادر متنوعة فى مقدمتها تبرعات المواطنين والهيئات .
* توفير الاعداد المطلوبة من الكلى عن طريق انشاء بنك الكلى التى
يتم التبرع بها ، أولئك التى تؤخذ من المتوفين حديثا .
* تشجيع تصنيع وانتاج أجهزة الغسيل الكلوى ومعدات محليا
وخاصة المرشحات ، ويمكن الاستفادة بامكانات المصانع الحربية
والتجارب التى تمت فى هذا الخصوص ، مع العمل على انشاء مركز
صيانة متخصص .
* دراسة امكان استيراد أجهزة صغيرة للغسيل الكلوى بأسعار
ميسرة ، وذلك للاستعمال الشخصى .
* القيام بحملة اعلامية قومية لتشجيع وترغيب المواطنين للتبرع
بكلاهم ، سواء فى حياتهم أو بعد مماتهم .
* أهمية العناية بالأمراض التى لاتقل خطورة عن الفشل الكلوى
كالاورام والسكر .

الجراحات والفحوص .
* العمل على استقدام الخبراء الأجانب من دول العالم . على ان
يقتصر عملهم بصفة أساسية على اجراء الجراحات الدقيقة والفحوص
المتقدمة للمرضى ، وليس لمجرد الكشف عليهم .
* دعوة اطباء المصريين العاملين بالخارج - بعد حصرهم - الى
المساهمة مع زملائهم المقيمين بمصر فى علاج الحالات التى تستوجب
السفر الى الخارج .
* ضرورة الالتزام بأن تكون الحالة الموفدة قابلة للشفاء ، وأن فرص
علاجها داخل الجمهورية غير متوافرة .
* ان يكون الاصل هو قصر السفر على مرة واحدة الابهوافة
الهيئة الطبية المختصة .
* أن يساهم المريض بجزء من نفقات العلاج ، مع ضرورة التقيد
بالجدية فى اجراء البحث الاجتماعى للتحقق من قدرة المريض على
تحمل بعض النفقات العلاج أو كلها .
* الحد من التصريح باصطحاب مرافق .
* وضع نظام ملزم يكفل مشاركة وبنوك ومؤسسات القطاع العام
والخاص فى نفقات علاج العاملين بها فى الخارج .
فى شأن العلاج على نفقة الدولة بالداخل :
* دعم المستشفيات الجامعية والمراكز العلمية والمعاهد المتخصصة
والمستشفيات التعليمية والعامة ، بحيث تستطيع تقديم الفحوص والعلاج
الجيد لمن يقصدها من المواطنين وعلى ضوء تقييم ما يتم من دعم يمكن
اعادة النظر العلاج بالداخل على نفقة الدولة بهدف ترشيده .
* وضع نظام يكفل الاستفادة من العلاج للمواطنين من غير أفراد
القوات المسلحة بالمستشفيات العسكرية .
* التوسع فى تطبيق التأمين الصحى على الشرائح المختلفة من
المواطنين ، بحيث يتاح لاعداد متزايدة منهم التمتع بالعلاج الكامل ايا

علاج مسببات التلوث البيئي

اقترن التقدم العلمى فى العصر الحديث بمجموعة من الآثار الجانبية التى تركت بصماتها على البيئة البشرية ، وانتشرت المخلفات الصلبة والسائلة والغازية الناجمة عن الأنشطة الحديثة المعقدة فى الماء والهواء والغذاء بحيث وجد الانسان نفسه أمام معضلة حقيقية لم يواجهها من قبل وهى : كيف يستطيع التوفيق بين متطلبات التقدم العلمى الحتمى لتقدم البشرية ، وبين التأثيرات الضارة على البيئة بما فيها من عناصر طبيعية وكيميائية وبيولوجية تؤدى الى تدهور صحة الانسان والى معاناته من أمراض لم يسبق له معرفتها .

ولذا فقد نشأت علاقة وثيقة بين البيئة والصحة ، فكما تؤثر البيئة فى صحة الانسان ، فانه يؤثر فى البيئة تأثيرا ينعكس عليه فى حاضره ومستقبله سلبا وإيجابا .

ومن ثم ، فان المجلس حرصا منه على مواكبة الاهتمام العلمى بالبيئة عالميا ومحليا ، قام بدراسة أسباب التلوث البيئى المختلفة فى مصر فى اطار جهد علمى شامل تبذله المجالس القومية المتخصصة للاحاطة بشتى مظاهر الاختلال البيئى وتأثيرها على صحة ونشاطات الانسان .

ويلخص أهم النقاط التى تناولتها هذه الدراسة فيما يأتى :

أولا : تلوث المياه وأثره على صحة الانسان :

يعد تلوث المياه من أخطر مظاهر التلوث البيئى لأهمية الماء باستخداماته المختلفة بالنسبة لحياة الانسان ، فاذا لم نحسن اختيار مصدره أو تركناه عرضة للتلوث ، أصبح أكبر مصدر لنقل الأمراض ، وقد ثبت ان ٨ ٪ من الأمراض فى الدول النامية مصدرها تلوث المياه ، كما أن هناك احصائية تشير الى أن تلوث المياه فى هذه الدول تسبب وفيات ٥٠ ٪ من أطفاله .

ومعنى هذا : أننا اذا أمنا مصدرا نظيفا للمياه بحسن اختياره وحمايته من تسرب أى ملوث عضوى كيميائى اليه فأننا نقضى - بذلك - على كثير من الأمراض فى بلادنا وننقذ حياة نصف من نفقدهم من الأطفال .

مصادر مياه الشرب فى مصر :

- منطقة القاهرة الكبرى :

تحصل على المياه من نهر النيل ، ومن آبار مياه جوفية ، وتتم معالجتها فى عدد من المحطات هى محطات مياه : روض الفرج ، بمسطرد ، والفسطاط ، وشبرا الخيمة ، وقد زادت طاقة انتاج المياه المعالجة فى القاهرة الكبرى شرق النيل ، كما زادت طاقة انتاج غرب النيل وامبابه فى المرحلة الاولى التى ستتضاعف مستقبلا .

ومتوسط ما يحصل عليه الفرد ٤٠٠ لتر / يوم ، وان كان ما يحصل عليه الفرد فى بعض الجهات ١٠٠ لتر / يوم وهذا المتوسط يماثل نظيره فى الدول المتقدمة ولكنه متوسط حساب توزيع الكمية المنتجة على عدد السكان ، وليس الكمية الفعلية التى يحصل عليها الفرد ، لان معدل الفاقد منه يقدر بما بين ٤٠ - ٦٠ ٪ بسبب سوء حالة الشبكات وعدم ترشيد الاستهلاك ، وتلف كثير من المعدات الصحية المنزلية ، كما أن هذا المتوسط لا يبين التغيرات فى معدل الانتاج بين مناطقه ولابن فترات انقطاعه عن بعضها كما أن الزيادة فى كمية الانتاج لم تواكبها زيادة

خدمات الصرف الصحى بالمدن :

لا توجد شبكات للصرف الصحى الا فى ٢١ مدينة من بين حوالى ١٦٠ مدينة ، وتعانى شبكات هذه المدن القليلة من زيادة الكميات الواردة اليها عن طاقتها ، الى جانب انقضاء العمر الافتراضى ، واجزاء كبيرة من هذه المدن لاتعتمد اليها شبكة المجارى ، ويرجع هذا الوضع الى الزيادة السكانية الكبيرة فى المدن ، والتوسع غير المخطط فى احيائها المختلفة وزيادة المياه النقية المتوافرة لها ، واهمال التجديد لسنوات طويلة ، ونتيجة لذلك تقصر هذه المحطات فى علاج المخلفات الواردة اليها ، فتخرج منها قريية من المخلفات الخام .

وتوجد محطات لمعالجة الصرف الصحى بجميع محافظات الجمهورية ماعدا ثمانى منها هى : محافظات : سوهاج ، وقنا وأسوان والبحر الاحمر ، والوادى الجديد ، ومطروح ، وشمال سيناء ، وجنوب سيناء .

ولقد لجأت بعض المدن المحرومة من شبكات الصرف الصحى الى توصيل صرف المنازل بانابيب الصرف المغطى الذى انشئ لسحب المياه الجوفية التى ارتفع منسوبها خاصة فى مناطق الدلتا ، وهذه الانابيب ذات مسام لتسمح بدخول المياه اليها لسحبها ، ولذلك أدى توصيل المنازل بها الى تلوث المياه الجوفية ، كما أنها تصب فى المصارف الزراعية دون معالجة فتتلوث مياها ايضا .

ويحدث ذلك فى مدن ستة وعشرين مركزا فى محافظات : الشرقية ودمياط وكفر الشيخ والدقهلية والبحيرة والغربية والفيوم .

القرى والمجتمعات السكانية الريفية :

يبلغ عدد القرى فى مصر ٤٠٨٨ قرية وعدد العزب حوالى ٢٣٨٨٣ عزبة وكفرا ، وهى فى مجموعها محرومة من خدمات ملائمة للصرف الصحى ، ويلجأ سكانها لقضاء حاجتهم الى الطرق البدائية وغالبا ما يكون بجانب مجرى مائى وأما ما يوجد من بعض المراحيض الصحية فى المساكن أو المدارس أو المساجد ، فاغلبها فى حالة سيئة ويزيد من

فى طاقة الصرف الصحى مما يسبب طفق المجارى ، وعدم معالجة جميع المخلفات السائلة الناتجة عن استهلاك هذه الكميات الكبيرة من المياه يجعل الاستفادة منها صحيا غير كافية .

وتقدر نسبة من يحصلون على مياه نقية من جملة السكان بـ ٩٠٪ كما تقدر نسبة من يحصلون عليها بتوصيلات خاصة بـ ٨٥٪ .

– منطقة الاسكندرية .

تحصل على المياه من ترع متفرعة من النيل ، ويزداد الطلب عليها فى الصيف بنسبة ٥٠٪ عنه فى الشتاء .

وتقدر نسبة من يحصلون على مياه معالجة بتوصيلات خاصة بـ ٩٧٪ و ٣٪ من حنفيات عمومية .

اما باقى المحافظات فعمليات المياه فى الحضر : ١٣١ عملية وفى الريف ١٢٩٢ عملية .

الى جانب ٩ عمليات كبرى هى عمليات : ابوجمى ، وفوه ، وابشان ، وشربين والبستان ، ويساط كريم الدين ، والعباسة ، والعزب ، وكوم أمبر .

ويتم توصيل المياه المعالجة من الاسكندرية الى مطروح والساحل الشمالى ، ومن قنا الى سفاجه .

متوسط ما يحصل عليه الفرد : يتراوح بين ٤٠ – ١٤٠ لتر / يوم .

وقد لجأت بعض المحافظات الى استخدام وحدات مقلدة لمعالجة المياه فقدمت الهيئة القومية لمياه الشرب والصرف الصحى ١٠٠ وحدة ، وقدمت هيئة التعاون الدولى الامريكية ٥٩ وحدة (٣٣ وحدة لمياه النهر ، و ١٣ لازالة المعادن و ١٣ لازالة الملوحة) .

وتشتمل الخطة الخمسية الثانية (٨٧ – ٩٢) على توفير ٩٥٠ وحدة أخرى وتقدر احتياجات مياه الشرب فى هذه المحافظات – غير القاهرة والاسكندرية – بالالف متر مكعب / يوم كما يلى :

| سنة ١٩٨٠ | سنة ١٩٩٠ | سنة ٢٠٠٠ |
|----------|----------|----------|
| ٣,١٥٧ | ٣,٣٤٦ | ٤,٥٠٠ |

سوء حالتها ارتفاع منسوب المياه الجوفية مما يجعل تسرب المياه منها ضعيفا أو معدوما ، كما نتج عن توفير مياه الشرب النقية لهذه المناطق الريفية - دون ان تتوفر لها خدمة الصرف الصحى - تهديد كثير من المساكن بالانهيار .

وكثير من المراحض الصحية التى يوجد قليل منها فى هذه المساكن تلقى مخلفاتها فى المجارى المائية من المصارف والترع .

مصادر تلوث المياه فى مصر :

قصور خدمات الصرف الصحى :

نتيجة لما ذكر - من اختلاط المخلفات السائلة الادمية بمياه المصارف الزراعية والترع العذبة ونهر النيل نفسه - فان تلك المخلفات تحمل الى هذه المياه اخطر اسباب التلوث ، كما تلوث بعض المياه الجوفية باستخدام شبكات خفض منسوب مياه الرش فى صرف تلك المخلفات .

المصارف التى تصب فى المسطحات المائية :

تبين من الدراسة ان هناك ٦٧ مصبا فى نهر النيل من خزان اسوان الى القناطر الخيرية منها ٢٢ مصبا زراعيا والباقي مصبات مخلفات صناعية ويقدر ماتصبه الاولى بـ ٢٨٨٢ مليون متر مكعب / سنة وما تصبب الثانية بـ ٣١٢ مليون متر مكعب / سنة ، ويتجاوز ما تصببه الاثنان ٢ مليارات من الامتار المكعبة .

الصناعة :

تقوم المصانع التابعة لوزارة الصناعة على سبيل المثال بتصريف مخلفاتها فى المجارى المائية وتبلغ جملتها ١٨٨ مصنعا منها :

٣٦ مصنعا تصب مخلفاتها فى النيل مباشرة .

٥٣ مصنعا تصب مخلفاتها فى المصارف .

٩٩ مصنعا تستخدم شبكات الصرف السحى .

ويازداد المصانع وانقطاع مياه الفيضان لتوقفها عن السد العالى بدأ ظهور مشكلة تلوث مياه نهر النيل والمجارى والمسطحات المائية

٣٣٠

عموما .

الكيمائيات الزراعية :

وهى احد مصادر التلوث ويقصد بها المخصبات الزراعية الصناعية ومبيدات الآفات الزراعية ، وهما لا يخرجان عن كونها مواد - كيميائية سامة تحتاج الى احتياطات شديدة فى استخدامها حتى لا تتسبب فى حدوث حالات تسمم غير انه يحدث احيانا ان تجد بعض هذه المبيدات طريقها الى المياه المستخدمة فى الزراعة ومنها الى المصارف ونهر النيل وفروعه .

النقل النهري والعائمات :

ويشمل هذا المصدر :

× الاسطول السياحى .

× الاسطول التجارى .

العائمات السكنية .

ولكلها تلقى بمخلفاتها فى مياه النيل ، وقد تم الاتفاق على تركيب خزانات مخلفات لوحدات الاسطول التجارى بمعدل ٦٥ وحدة شهريا كمامت تجهيز وصلات صرف صحى لخزانات ٢٣ عائمة .

الآثار الجانبية للسد العالى :

أدى انشاء السد العالى الى آثار جانبية تحتاج الى دراسة ومعالجة ومن هذه الآثار بطء التيار فى مجرى النهر وذلك يتيح الفرصة لتراكم الملوثات التى كان يغسلها الفيضان ، وتغير تركيب مياهه ونقص المواد العالقة مما ساعد على نمو الطحالب ونبات ورد النيل .

أنواع ملوثات المياه :

الملوثات البيولوجية : تعتبر المياه من أهم أسباب الأمراض ويمكن تقسيم هذه الأمراض طبقا لنوع الكائن الحى الذى يسببها الى :
كائنات بكتيرية ، وفيروسات ، ووحيدات الخلية ، وديدان وطحالب . كما تعتبر المياه مكان توالد العديد من ناقلات الأمراض مثل :

القواقع ، وسكلوريس ، والبعض .

الملوثات الكيماوية : ويمكن تقسيم الأمراض طبقا لنوع الملوث الذي يسببها الى .

المبيدات الحشرية ، والزرنيخ ، والكاديوم ، والرصاص ، والزنابق ، ومركبات الفينول والزيوت الشحوم ، فكل منها يسبب اخطارا معينة .

ثانيا : تلوث الهواء وأثره على صحة الانسان :

تنتشر في الهواء عناصر عديدة تؤدي الى تلوثه من أهمها :

- الاتربة والمواد العالقة : وتتكون في الهواء نتيجة لعوامل طبيعية أو

فعل الانسان وهذه المواد تسبب التهابا بالشعب الهوائية .

- ثانی اكسيد الكبريت : وينتج من احتراق الفحم والبترو في الصناعة والاستخدامات المنزلية وهو مهيج للجهاز التنفسي ويتفاعل مع بخار الماء مكونا حامض الكبريتيك وبعض الكبريتات .

- اكاسيد النتروجين . تنتج من حرق الوقود في محطات توليد الكهرباء أو وسائل النقل وغاز ثاني أكسيد النتروجين مهيج للجهاز التنفسي ويؤثر على كفاءة الرئتين ويحول في الجو الى حامض النتريك (الامطار الحمضية) .

- اكسيد الكربون : ينتج من عمليات الاحتراق الكامل للوقود الذي يحتوى على الكربون في السيارات وفي الاستخدام المنزلى ومن مصادره الهامة التدخين في الاماكن المغلقة وله قابلية كبيرة للاتحادات مع هيمجلوبين الدم ، فيقلل قدرته على حمل الاكسجين .

- الرصاص : ويتصاعد الى الجو من الرصاص المضاف الى بنزين السيارات ومن المسابك وحرق المخلفات وانباط البطاريات واسلاك الكهرباء ، وارتفاع معدل الرصاص في الدم يؤثر على انزيماته وعلى الجهاز العصبي .

- الاشعاعات المؤينة : وأنواعها المعروفة ثلاثة :

أشعة الفا : وهى جسيمات كبيرة نسبيا ، وأشعة بيتا : وهى جسيمات صغيرة نسبيا ، واشعة جاما الشبيهة بأشعة اكس .

المصادر الطبيعية للإشعاع :

وتوجد هذه المصادر في الارض ، وتختلف باختلاف التربة والصخور ويختلف الاشعاع باختلاف المناطق تبعا لتركيز المواد المشعة في قشرتها الأرضية .

ومن مصادرها كذلك الفضاء الذى يرسل الأشعة الكونية الى الارض .

المصادر التي من صنع الانسان :

انتج الانسان مئات من المواد المشعة ، واستخدم طاقة الذرة في الطب ، والسلاح وتوليد الطاقة وغيرها ، وأغلب الناس يتعرضون لكميات قليلة نسبيا ، ولكن قلة منهم قد يتعرضون لكمية تزيد الف مرة عما يتعرضون له من مصادر طبيعية .

(١) المصادر الطبية :

أهم مصدر هو أجهزة الأشعة التشخيصية : وفي اغلب الدول يجرى نصف حالات الفحص الطبى بأشعة اكس على الصدر ، ويجب خفض الجرعات الى أقل حد ممكن وحصر المكان المعرض للإشعاع في اضيق نطاق ، وباستخدام الأشعة المقطعية أمكن خفض الجرعات .

النظائر المشعة . زاد استعمالها في اكتشاف وظائف الجسم ، وفي تحديد مكان الأورام في الثلاثين سنة الاخيرة ، ولكن مازالت أقل كثيرا في استخدامها من أشعة اكس .

العلاج بالإشعاع يستخدم لعلاج السرطان . وجملة التعرض للإشعاع للاغراض الطبية في الدول الصناعية تمثل حوالى نصف الجرعة من المصادر الطبيعية .

(٢) الانفجارات النووية :

تنتج التفجيرات الاختبار القنابل الدرية في الجو غبارا ذريا ، ولما كانت المتفجرات قد تمت في نصف الكرة الشمالى ، فان اغلب التساقط كان هناك وقد تعرض بعض الناس لجرعات كبيرة منه .

٣ (الطاقة النووية :

تستخدم في محطات توليد الكهرباء وهذه المحطات تشكل جزءا من دورة الوقود النووي ، وتنتهي الدورة بالتخلص من المخلفات النووية ، وفي جميع خطوات دورة الوقود النووي تتسرب مواد مشعة لايسبب التخلص السليم من النفايات اى تسرب اشعاعى ، وجملة التعرض للاشعاع من دورة الوقود النووي لاتتجاوز ١ ٪ من التعرض له من المصادر الطبيعية ، وان كان التسرب نتيجة وقوع حوادث تزيد عن ذلك كثيرا .

٤ (التعرضات المهنية :

يتعرض العاملون في المجالات النووية المختلفة لمستوى اشعاعى أعلى وكذلك الذين يستخدمون الاشعاع فى اعمالهم ومهنتهم الطبية والصناعية .

٥ (مصادر أخرى متنوعة :

كالساعات المضئية وعلامات الخروج والبوصلات ومواقع الاسلحة واقراص التلفزيون .

تأثيرات الاشعاعات المؤينة على الانسان :

الاشعاع بطبيعته ضار بالحياة . فجرعات منخفضة يمكن أن تؤدي الى حدوث سرطان أو تلف بالجينات وجرعات مرتفعة يمكن أن تقتل الخلايا وتلف الأعضاء وتسبب وفاة سريعة .

وعلاوة على هذه المصادر المختلفة لتلوث الهواء هناك مايسمى بالتلوث الضوضائى ومصادر الضوضاء فى مصر يمكن تقسيمها الى سبع مجموعات رئيسية هى :

× وسائل المواصلات من سيارات ومركبات وقطارات وطائرات .

× ضوضاء المصانع .

× أعمال الحفر والبناء .

× مكبرات الصوت .

× مصادر آدمية وحيوانية .

× الرماية .

٣٣٢

× الأجهزة المنزلية .

وتسبب الضوضاء العديد من الآثار الصحية الضارة ، ومنها :

× ضعف السمع مؤقتا أو مستديما .

× الشعور بالضيق والتوتر نهارا .

× اضطراب النوم وصعوبة الاستغراق فيه .

× اضطرابات نفسية وعصبية لزيادة افرازات الادرينالين الكورتيزون

فتزيد نبضات القلب ويختل انتظامها ،وقد يرتفع ضغط الدم وتصحبه

برودة الاطراف ، وقد ينتج عن زيادة التوتر قرحة المعدة وأمراض القلب

كما يحدث تمدد الاوعية الدموية بالمخ ويسبب الصداع .

× صعوبة التخاطب بين الناس اذا زاد ارتفاع الضوضاء .

× كثرة الحوادث فى العمل وفى الطريق .

ثالثا : تلوث الاغذية فى مصر وأثره على صحة الانسان :

يعتبر الغذاء الضرورة الثالثة للحياة بعد الهواء والماء والاغذية فى

مصر اما محلية وتمثل ٤٠ ٪ واما مستوردة وتمثل ٦٠ ٪ وقد زاد

احتمال تلوث الاغذية وفسادها بزيادة مصادرها وما طرأ عليها من مواد

حافظة اوملوثة اوتعليب ، وقد تعددت اجهزة رقابة الاغذية كما تعددت

التشريعات والمواصفات الخاصة بها ، ولكنهما لا يخلوان من تداخل

الاختصاص والتضارب .

مصادر تلوث الغذاء :

يتعرض الغذاء للتلوث فى مراحله المختلفة ، ولكى يصل الى المستهلك

سليما يجب احكام الرقابة على جميع خطوات انتاجه لحمايته من

مصادر التلوث وهى :

-اثناء الزراعة : مياه ملوثة ، مبيدات وأسمدة عضوية ، تلوث الهواء .

- اثناء التداول والعرض : أيد ملوثة ، وأوعية ملوثة والذباب

والحشرات .

- اثناء التصنيع : المواد الحافظة ومواد التعبئة والتغليف والمواد

الملونة وتصنيع مواد ملوثة اصلا .

– أثناء الشحن والنقل : انقضاء فترة الصلاحية ، وعدم سلامة العبوات ووضعها بجوار مواد سامة ، وارتفاع درجة الحرارة للأغذية المجمدة والمبردة .

– أثناء التخزين : تلوث مكان التخزين ، ونقص التهوية ، وارتفاع الحرارة والرطوبة ووجود حشرات أو قوارض .

المنتجات الحيوانية : عدم نظافة الحظائر ومزارع الدواجن ، وعدم مراعاة الاشتراطات الصحية الملائمة في المجازر والعاملين بها علاوة على تلوث المياه أو الغذاء المقدم للحيوانات ووجود حيوانات مريضة بأمراض معدية للإنسان ، والتغذية على الفضلات الادمية أو الحيوانية .

أنواع ملوثات الغذاء :

– التلوث البيولوجي :

الأمراض التي تنشأ عنه – وخاصة الاسهال – اذا لم تسبب في وفاة المريض فانها تسبب سوء التغذية الذي يهيئ للإصابة بالأمراض وينتج عنه ضعف في الجسم وفي النمو الذهني للأطفال .

– التلوث الكيميائي :

ينتج هذا النوع من تلوث البيئة الزراعية أو الصناعية لانتاج الاغذية وهو قد يؤدي الى التسمم الحاد على مدى أشهر أو سنين أو الى مسببات السرطان التي قد تمتد الى ١٠ أو ٢٠ سنة .

المخلفات الصلبة وتأثيرها على صحة الانسان :

تشكل المخلفات الصلبة (القمامة) مشكلة هامة من مشاكل الصحة العامة لضخامة حجمها وصعوبة مواجهتها ، وما ينتج عنها من توالد الحشرات والقوارض وزيادة في الحيوانات الضالة .

وكثيرا ما يتم حرق القمامة في الشوارع ، فينتج عنها دخان كثيف وابخرة سامة ، اذا كانت تحتوي على كمية كبيرة من المواد البلاستيكية أو عبوات مبيدات حشرية منزلية . وتتمثل الاخطار الصحية الناتجة عن القمامة في :

أخطار طبيعية وكيميائية : التعرض للمواد المتفجرة وقطع الزجاج

والمسامير والدبابيس والاسلاك وقطع العظام والاسبستوس وعقر الحيوانات واسع الحشرات .

– أخطار بيولوجية :

الامراض التي تسببها الفيروسات والبكتيريا والفطريات والطفيليات وحيدة الخلية والديدان ، وتنتقل للإنسان عن طريق البلع أو الاستنشاق أو الجلد أو عن طريق ناقلات الامراض من حيوانات وحشرات .

وعلاوة على ذلك لم يصل مستوى التخلص من القمامة الى المستوى المقبول وهناك محاولات للتوسع في مقابل القمامة لاستخدامها في الطمر الصحي الى جانب انشاء بعض مصانع القمامة ، لانتاج مواد تستخدم في تثبيت التربة الرملية بمناطق استصلاح الاراضى .

وعلى انه اذا لم يتغير سلوك المواطنين بالمحافظة على النظافة العامة فلن يمكن تحسين الوضع وقد لجأت دول كثيرة الى الاستفادة اقتصاديا مما يقرب من نصف القمامة من مواد كالورق والمعادن بتدويرها وإعادة استخدامها بعد معالجتها فحققت بذلك فائدة اقتصادية الى جانب الفائدة الصحية الحضارية .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة وما دار حولها في اجتماع المجلس يوصى بمايلي :

– فيما يتعلق بالصرف الصحي :

* صيانة وتجديد الشبكات القائمة في المدن ثم توصيل الشبكة للمناطق المحرومة .

* زيادة محطات الرفع تدريجيا لزيادة طاقة الشبكات القائمة .

* اختيار وسائل المعالجة البسيطة المنخفضة التكاليف والتي تعتمد على البيئة المصرية إذ توجد صحار وأراض رملية وشمس ساطعة وسمااء مفتوحة حيث أن استخدام التكنولوجيا المتقدمة يحتاج لخبرات دقيقة ومطابقة كهربائية وصيانة ، مما يجعل احتمال تعطلها قائما .

* اختيار نوع مرحاض صحي قروى يناسب طبيعة الأرض في

الدلتا ، حيث يرتفع منسوب المياه الجوفية ، ووضع نظام لتشغيل هذه المراحض وصيانتها .

* اختيار التكنولوجيا منخفضة التكاليف لعلاج المخلفات السائلة الصناعية .

* التنسيق بين خدمات المياه والصرف الصحى .

* ينبغي وضع خطة للصرف الصحى متزامنة مع أى مشروع لتوفير مياه الشرب .

* إلزام الشركات والمصانع بعلاج مخلفاتها السائلة قبل صرفها وذلك بمنحها قروضا ميسرة لمواجهة تكاليف هذه المعالجة ، واعفائها من بعض الضرائب لفترة محدودة فى حالة اتمام معالجة مخلفاتها وينبغى عند انشاء أى مصنع جديد ان يشترط عليه علاج هذه المخلفات قبل التصريح بأنشائه .

وفيما يتعلق بالصرف الصناعى : توضع الاولويات الآتية :

- اختيار المصانع التى تصرف فى نهر النيل وفروعه مباشرة قبل المصانع التى تصرف فى المصارف والأخوار أو الترع .

- التركيز على الصناعات الأكثر خطورة وهى مصانع السكر والزيوت والصابون والأسمدة والكيماويات ولصب الورق والصباغة والتجهيز .

- فى هذه المصانع تتم معالجة المواد الأكثر تلوثا والأشد خطورة على نوع المياه مثل الزيوت والشحوم - المواد العضوية من صناعة السكر - المعادن الثقيلة والسموم .

- يلى ذلك معالجة مخلفات المصانع التى تصرف فى الترع والأخوار ثم المصانع التى تصرف فى المصارف بنفس الترتيب السابق .

- ثم الصناعات الأقل خطورة مثل صناعة الغزل والنسيج والصناعات الغذائية .

٣٣٤

- يتم علاج مخلفات هذه المصانع حسب المعايير الواردة فى اللائحة التنفيذية للقانون ٤٨ لسنة ١٩٨٢ .

* أن يراعى مستقبلا حظر الصرف نهائيا فى نهر النيل والبحيرات العذبة .

فيما يختص بمنع التلوث الجوى :

* الإسراع فى إصدار قانون لحماية الجو من التلوث ، يتضمن تنظيم عمليات احتراق الوقود والمخلفات الصناعية الغازية ، واستخراج واستخدام البترول ، وتداول المبيدات الحشرية ، وتهوية الأماكن العامة المغلقة وشبه المغلقة ، كما ينظم استخدام الاشعاعات المؤينة ، ويحد من الضوضاء . ويتضمن المشروع عقوبات رادعة الى جانب الشروط الدقيقة للحصول على الترخيص بمزاولة النشاط .

وسيساعد فى تنفيذ هذا التشريع محطات رصد ملوثات الهواء التى زاد العمل بها من عام ١٩٨٥ وتضم حاليا ٣٤ محطة منتشرة فى تسع محافظات ، مما يمكن من معرفة مستوى ملوثات الهواء بصورة مستمرة .

فيما يختص بمنع تلوث الأغذية :

* ضمان سلامة متداولى الأغذية من الباعة والعاملين بالمطابخ والمطاعم وخلوهم من الامراض المعدية خاصة تلك التى تنتقل عن طريق الفم .

* وضع نظام دقيق لحفظ الاغذية سواء الجافة أو المبردة أو المجمدة بما يكفل عدم تسرب الحشرات والفطريات اليها أو فسادها بسبب عدم انتظار التبريد .

* دعم اجراءات الرقابة فى مجال تصنيع الاغذية وذلك باختيار الحاصلات الزراعية أو المنتجات الحيوانية ، والتأكد من خلوها من البكتريا والفطريات الضارة ومن مخلفات المبيدات الحشرية وغيرها من المواد الكيماوية المستخدمة فى الصناعة .

المنطقة ويمكن زراعة الحشائش والشجيرات في هذه المناطق بعد امتلائها . وهذه الطريقة تمكن من تجنب عيوب طريقة الردم .

- الكمر (انتاج السماد) : وهو عبارة عن عملية بيوكيميائية تحول المكونات الى مواد ثابتة . وهذه الطريقة صحية وتناسب الظروف في مصر لأنها لا ينتج عنها روائح كريهة أو دخان أو قوارص أو حشرات وتعطى عائداً مادياً حيث قد تغنى عن استخدام المخصبات الصناعية وتفيد في تحسين نوع التربة وتزودها ببعض العناصر الأساسية لنمو النبات ، وتقتل الميكروبات .

* تغذية الحيوانات (حظائر الخنازير) وتفيد في التخلص من المواد العضوية ولكنها تسبب تصاعد الروائح الكريهة وتوالد الذباب والقوارص ، كما قد تسبب الإصابة بالديدان الشريطية .

- الاستخلاص والتدوير : وهذه الطريقة ليست معالجة نهائية ولكنها تمثل الاستفادة بجزء كبير من مكونات القمامة مثل :

- المكونات الورقية يعاد استخدامها في انتاج الورق .

- المخلفات الزجاجية تصهر ويعاد تشكيلها كزجاجات أو أوان .

- المخلفات المعدنية تصهر ويعاد طرقها .

الترميد (التحويل الى رماد عن طريق الحرق) وهي الطريقة المثلى من وجهة نظر الصحة العامة لأنها تقضى على جميع الجراثيم والحشرات ولا ينتج عنها روائح كريهة ويمكن استخدام طاقة الاحتراق في توليد البخار .

* ان أنسب الطرق لمعالجة القمامة من الناحيتين الصحية والاقتصادية في مصر تتمثل في طريقتين :

١- الطمر أو الدفن الصحي في المناطق التي يتوفر فيها أماكن تصلح كمقالب للقمامة .

٢- الكمر أو انتاج السماد في المناطق التي لا تتوفر فيها مثل هذه الأماكن .

* استخدام العبوات من النوع المناسب الذي لا يتفاعل مع المادة المعبأة ولا يتسرب بعض مكوناتها الى ما تحويه من مواد غذائية .

* إحكام الرقابة على منافذ دخول المواد الغذائية في الموانئ والمطارات لحماية المستهلك من تناول أى أغذية فاسدة أو ضارة ، ويجب ان تشمل هذه الرقابة التلوث بالإشعاع .

* التأكيد على قيم النظافة الشخصية في إعداد وتجهيز الأغذية ، ومراعاة السلامة الصحية للعاملين في مجال تداول الأغذية وفقاً للمعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد .

فيما يختص بمعالجة المخلفات الصلبة :

* تعتبر خطوات المعالجة السليمة للمخلفات الصلبة ضمن منظومة متكاملة تتمثل في التولد والجمع والنقل والمعالجة .

والوصول الى أفضل النتائج يجب مراعاة ما يلي :

* عدم القاء القمامة في أماكن مكشوفة وتوضع بصفة دائمة في أكياس أو أوعية خاصة محكمة الغلق حتى يسهل جمعها .

* يتم دورياً جمع القمامة في مواعيد منتظمة يعرفها جميع العاملين والمتنفعين بهذه الخدمة ، وان يكون النقل في عربات مغطاة وسليمة . ويجب منح العربات التي تجرها الدواب تدريجياً خاصة في المدن الكبيرة .

* تفرز القمامة قبل البدء في المعالجة على على أن تتم بطريقة سليمة لا تعرض القائمين بها للحوادث أو العدوي وذلك بالوسائل الآتية :

بالرمد أى بإلقاء القمامة في مناطق منخفضة في الأرض . وهي أرخص الطرق ولكنها غير صحية حيث أنها تساعد على تولد القوارص والحشرات وتحدث روائح كريهة ، ويسبب ذلك عدم صلاحية هذه الأرض في البناء .

- بالطمر (الدفن) الصحي بحيث توضع المخلفات في طبقة من ١٥-٢ متر ثم تغطى بطبقة من الرمل ١٥ سم وتكرر العملية حتى تمتلئ

القسم الرابع

الشباب والرياضة

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

الاطار العام لاستراتيجية الشباب

تعدد الآراء في تعريف الشباب وتحديد بداية سنه ونهايته ، ويميل الرأي الغالب الى أنه الفترة التي يبدأ معها النضوج الجسماني والذهني لدى الفرد من الجنسين ، والتي تؤهله ليكون عضوا منتجا في المجتمع . وتسجل الحقائق التاريخية المعاصرة الكثير من الاحداث والمتغيرات المتلاحقة التي مرت بالشباب ، سواء على المستوى القومي أو على المستوى الدولي ، خلال السنوات الثلاثين الماضية ، مما كان له آثار مباشرة على المجتمع المصري كله بوجه عام ، وعلى الشباب المصري بوجه خاص ، وأدى الى نشوء ظواهر سلبية كثيرة بين غالبية فئات الشباب وأهم هذه الظواهر : ضعف الثقافة العامة ، وضعف الشعور بالانتماء الوطني ، والسلبية واللامبالاة في التصدي للمشاكل الحيوية ، والاضطراب النفسي والفكري ، والميل الى عدم الالتزام والانضباط ، وضعف مستوى الانتاجية والعطاء ، والميل المستمر الى الهجرة الى الخارج .

وينبغي للتعرف على اسباب هذه الظواهر السلبية ، دراسة الجوانب

السياسية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المصري ، وعلاقتها بالشباب خلال هذه الفترة ويخلص مرجعنا فيما يأتي :

الجوانب السياسية :

تحمس الشباب لأهداف ثورة ٢٣ يولييه التي أعلنتها عند قيامها ، اذ وجد انها تعبر عن مطالب الشعب ، وعن آمال الشباب وطموحه ، ومن ثم اخذ يبحث عما تضمنته من أفكار ومبادئ ومثل ، ولكنه وقع في حيرة امام الاتجاهات والنماذج الفكرية العديدة التي كانت تقدم له الواحد تلو الآخر بدءا من الانتماء العربي الى الانتماء الاسلامي الى عدم الانحياز وكانت كل هذه النماذج تفرض على الشباب من القمة دون أي اعداد نفسى أو فكري ، بالإضافة الى انها كانت عرضة لتفسيرات متناقضة وتأويلات متضاربة من الجهات الرسمية وغير الرسمية الأمر الذي زاد من حيرة الشباب بل وزعزعة ايمانه بمجتمعه كله .

ثم ساعد على زيادة البلبلة الفكرية لدى الشباب فرض الوصاية الحكومية على أنشطته في المجتمع وعلى الأخص النشاط السياسي ، مما لا يسمح بتدريب أو إعداد الشباب في المدارس أو الجامعات على الممارسة السياسية والديمقراطية .

وكان من أهم الأسباب السياسية التي أثرت في نفسية الشباب المصري ، الحروب المتتالية التي اضطرت البلاد الى خوضها في الثلاثين سنة الماضية حيث تحمل الشباب المصري أعباءها وقدم عشرات الألوف من الضحايا والشهداء خلالها وبخاصة حرب ١٩٦٧ التي تعتبر من بين الأسباب التي أدت الى التغير السلبي في شخصية غالبية الشباب المصري ، واذا كان الانتصار المجيد الذي تحقق في أكتوبر سنة ١٩٧٣ وما أعقبه من أسلوب الانفتاح السياسي والاقتصادي على الداخل وعلى الخارج ، قد خفف من الآثار النفسية السيئة على الشباب الى حد ما ، الا انه لم يصل الى رأى واضح بالنسبة لتحديد صورة المجتمع المصري الجديد .

ثم تتابعت مجموعة من المتغيرات في السياسة الخارجية العالمية

والعربية ، تركت آثارها على فكر الشباب ونفسيته ، كان من أهمها : مبادرة السلام مع إسرائيل التي أيدتها غالبية فئات الشعب ، وما أعقب ذلك من قطيعة بين مصر وجيرانها العرب .

كما توالى الأحداث والمتغيرات السياسية الكبرى أيضا في خلال تلك الفترة على الصعيد العالمي : قيام الثورة في إيران ، ثم الغزو الروسي لأفغانستان الإسلامية ، ثم قيام الحرب بين العراق وإيران وظهور جماعات متطرفة في بعض البلاد العربية ومصر ، ثم الحرب الدائرة في لبنان ، وزيادة المد الشيوعي إلى بلاد كثيرة في آسيا وأفريقيا ، وعلى الأخص في تلك البلاد المحيطة بحدود مصر أو القريبة منها ، بالإضافة إلى التوتر السائد في بعض بلاد أوروبا الشرقية ، وما يعنيه كل ذلك من احتمالات قيام مواجهة بين القوى العظمى أو على الأقل اندلاع حروب إقليمية أخرى قد تتأثر بها مصر .

ونتيجة لأسلوب الإدارة الذي اتبعته الحكومة خلال الثلاثين سنة الماضية زاد تدخل الأجهزة الحكومية في شتى المجالات مما أدى إلى تفشى البيروقراطية بين أجهزتها واختفاء المواهب الشابة الخلاقة . كما زادت التصريحات المناقضة للواقع مما أدى إلى زعزعة إيمان الشباب واهتزاز الثقة في القيادات السياسية .

الجوانب الاجتماعية :

الأسرة : توضح الظواهر التي سبقت الإشارة إليها أن الأسرة لم تؤد دورها كاملا في تنشئة أجيال الشباب . ولا شك أن من أهم الأسباب التي أدت إلى ذلك هو زيادة الأعباء المعيشية واضطرار كثير من الأمهات إلى العمل للمشاركة في تحمل هذه الأعباء ، مما أدى تلقائيا إلى ضعف قدرة الوالدين على الاهتمام بالتربية وإلى هبوط إمكانات الرقابة والتوجيه والثواب والعقاب للأبناء ، ويصدق ذلك على كل فئات الشباب سواء في الريف أو في الحضر رغم اختلاف التكوين الأسري حيث يتمتع الشباب في الحضر بحرية أكبر في الحركة وفي التعبير .

وهكذا نشأت هوة بين الوالدين وبين الأبناء أثرت تأثيرا مباشرا على

المعايير والمبادئ التربوية المتعارف عليها في الأسرة المصرية منذ القدم .

وقد ساعد على تفاقم مشكلة هبوط مستوى التربية في محيط الأسرة زيادة عدد أفرادها مع عدم توافر الوقت الكافي لدى الأبوين للاهتمام بأفرادها . كما زادت أزمة الاسكان من حدة المشكلة حيث تضطر الأسر إلى التكدس في مساحات محدودة مما يشكل ضررا اجتماعيا وضعفا نفسيا بالنسبة للوالدين والأبناء .

المدرسة : وإذا تركنا الأسرة إلى المدرسة بمراحلها المختلفة نجد أن أغلب المدارس تحول إلى مجمعات لتخريج أفواج من النشء والشباب وفقا لقوالب تعليمية لا تتناسب مع ما هو مطلوب للتنمية في مصر ولا تتماشى مع تطورات العصر ، فقد أهمل نظام التعليم في المدارس أهم المجالات الأساسية للتعليم والتربية ومن بينها على سبيل المثال مجال تدريس التاريخ القومي الصحيح لتعريف الشباب بتراثه وإنجاز شعبه لتأكيد انتمائه وحب لوطنه ومجال التعليم الديني لتأصيل القيم والعادات والمثل العليا في نفوس الشباب ، كذلك لحق الإهمال بشكل واضح مجال تدريس اللغات الأجنبية رغم شدة الحاجة إليها أكثر من ذي قبل لملاحقة التطورات الحضارية السريعة ، ونتيجة لتلك العوامل وغيرها فقد استشرت في السنوات الأخيرة ظاهرة الدروس الخصوصية ، يضاف إلى ذلك أن شدة الحاجة إلى المدرسين أدت إلى تكليف كثير من الخريجين بالتدريس دون الإعداد الكافي ، مع حرمان مدارسنا من بعض المدرسين الممتازين الذين يوفدون لمعاونة الدول العربية الشقيقة . ولقد أدى كل ذلك إلى تفاقم المشكلة التربوية والتعليمية .

وقد لحق الإهمال أيضا مجال التربية البدنية ، فاختفت الرياضة والملاعب الرياضية من معظم المدارس الجديدة إما لقصور في الاعتمادات المالية وإما لانشاء الفصول الدراسية الجديدة على حساب الملاعب الرياضية ، وأصبحت الرياضة في المدارس بمختلف مراحلها من الترفيهيات بعد أن كانت من الأساسيات حتى أوائل الستينات ، مما جعل

نفسه بالفوائد الايجابية كمحو الأمية أو التمريض أو التوعية بنظافة المدينة أو انشاء فصول للتقوية أو تعليم الحرف والمهن لأبناء المنطقة التي يوجد بها المسجد ، الى غير ذلك من الأعمال التي تربط الشباب بدينه وبنياه وتعكس المضمون الاجتماعي للدين على واقع الحياة .

أما جامعة الأزهر ، فقد صادفتها المعوقات التي صادفت غيرها ، وخاصة بعد أن تحولت الى جامعة علمية دينية .

المؤسسات الشبابية : يعتبر جهاز الشباب والرياضة قمة المؤسسات الشبابية الرسمية في مصر وكان له أثره المباشر في توجيه سياسة معظم المؤسسات الشبابية الأهلية الأخرى كجمعية الكشافة والمرشدات وجمعية بيوت الشباب المصرية والأندية الرياضية المختلفة بمصر ، بالإضافة الى المؤسسات الشبابية الرسمية الأخرى التابعة له

وقد عانى هذا الجهاز من التغييرات المستمرة والمتلاحقة في وضعه وفي شكله التنظيمي نحو أربع عشرة مرة في نحو ربع قرن مضى ، وما من شك في أن هذا التغيير المستمر لهذا الجهاز كل سنتين في المتوسط كان من أهم الأسباب التي عوقته عن قيامه بواجباته نحو الشباب عن طريق استراتيجية أو خطة مدروسة طويلة الأجل ، فضلا عن عدم استقرار قياداته .

كما أن الخلط في اختصاصات الجهاز المذكور بين التنفيذ تارة وبين الرقابة والمتابعة تارة أخرى نتج عنه آثاره بالنسبة لدوره من الناحية التربوية للشباب ، بالإضافة الى أنه لم يتمكن من القيام بدوره التنسيقى بين الجهات الأخرى المعنية بتربية الشباب كالثقافة والاجتماعية والصحة والمدارس والجامعات وأجهزة الثقافة والاعلام وغيرها .

وقد تأثر الجهاز كغيره من الأجهزة بمرض البيروقراطية التي تعوق التطور مهما خلصت النوايا . كما أن تركيز هذا الجهاز في بعض الفترات على مساندته لقيام بعض التنظيمات السياسية الشبابية أبعدته عن مساره الحقيقي وأفقدته دوره الطبيعي الطبيعي بالنسبة للشباب .

ولما كان هذا الجهاز هو السلطة المهيمنة على الهيئات الأهلية لرعاية

طاقات الشباب تنصرف الى مالا يفيد ، وانتهى الأمر الى ان اصبح كل ما يصل الشباب بالرياضة سواء في الريف أو في الحضر هو الاستماع الى المباريات الرياضية أو مشاهدتها دون ممارستها وقد أدى ذلك الى ظهور مرض رياضي جديد اصاب معظم الشعب وعلى الأخص فئة الشباب وهو مرض التعصب الرياضي وكان نتيجة ذلك هبوط المستوى الأخلاقي والصحي بين الشباب .

الجامعة : أدى التركيز على فتح جامعات جديدة لاستيعاب الأعداد الهائلة الوافدة من المدارس كل سنة - مع تغيير اسلوب التدريس في الجامعة من الشرح العلمي والحوار بين الأستاذ وطلابه الى أسلوب التلقين والاملاء مقرونا بالذكرات والملازم المطبوعة - الى ضعف فاعلية الجامعة ودورها في حماية المثل التي تؤهل الخريج ليكون مواطنا صالحا بجانب كونه عالما أو خبيرا ، وبدلا من الاهتمام بتطوير العلوم وأسلوب التدريس وانتقاء الاساتذة الأكفاء ، شغلت ادارتها بمشاكل روتينية إدارية ، كما انتقلت اليها ظاهرة الدروس الخصوصية وغيرها من الظواهر السلبية التي تعاني منها المدارس ، ففقد الطالب صلته الروحية بأستاذه ، وهى الصلة التي كانت تكفل له إيجاد الحلول لبعض مشاكله الاجتماعية .

المؤسسات الدينية : وتعتبر المؤسسات الدينية من بين المؤسسات التربوية الروحية المكملة للأسرة والمدرسة والجامعة ، وقد انتشرت دور العبادة في جميع المدن والقرى ، ومن الملاحظ ان الغالبية العظمى منها مازالت تركز على الجانب التعبدى بوجه عام ، واتسم التوجيه التربوي من خلال الخطب والدروس بالطابع التقليدي ، الذي يتناول غالبا الجوانب السلبية من حياة الأفراد فقط ، دون التعرض للمشاكل الاجتماعية بوجه عام أو مشاكل الشباب بوجه خاص ، ومحاولة إيجاد حلول واقعية لها عن طريق المنطق والاقناع الذي تفيض به الأديان ، فغاب دورها الاجتماعي في استثمار طاقات الشباب وتوجيهها نحو المشروعات أو الخدمات التي يمكن أن تعود على المجتمع وعلى الشباب

الشباب بمصر طبقا للقوانين الصادرة في هذا الشأن ، فإنه تجدر الإشارة الى أن هذه القوانين قد تناولتها كثير من التعديلات كان آخرها : القانون رقم ٥١ لسنة ١٩٧٨ المعدل للقانون رقم ٧٧ لسنة ١٩٧٥ ، وهو مطروح وقت إعداد هذه الدراسة للتعديل مرة أخرى . وهكذا أدت هذه التعديلات المتوالية الى ارباك الهيئات الخاصة العاملة في رعاية الشباب ، كما أدت ايضا الى تعويق العمل بالجهاز نفسه ، ونشأت من جراء ذلك مشاكل عديدة بين الجهاز من جهة وبين تلك الهيئات من جهة أخرى سواء من ناحية تطبيق القانون أو من ناحية تفسير مواده بعد كل تعديل .

أما الاعتمادات المخصصة للصرف منها على أنشطة الشباب فكانت دائما قاصرة عن الوفاء بمتطلبات البرامج الطموحة للهيئات المعنية الأمر الذي أثر بالتالى على إمكانات هذه الهيئات وقدرتها على أداء دورها التربوى قبل الشباب .

الجوانب الاقتصادية :

كان لكثرة القرارات الاقتصادية المتلاحقة والمتباينة على مر السنين آثار ضارة بالنسبة للاقتصاد الوطنى ، ظهرت فى ضعف معدلات النمو وانخفاض متوسط دخول الافراد الأمر الذى أدى الى القضاء على طموحات الشباب تدريجيا ، وإصابة غالبية الكبرى بالاحباط .

وقد ساعد على تفاقم المشكلة توفر الامكانات المادية لبعض الأسر ، فحققت لأبنائها مستوى معيشة يفوق بكثير المستوى الذى تعيشه الغالبية العظمى من الشباب ، خاصة فى الحضر ، وقد ترك ذلك آثارا نفسية سيئة بين الشباب غير القادر ، قادته إما الى حالة من الاحباط أو اليأس ، وإما الى محاولة التقليد أو المحاكاة بالبحث عن طريق للثراء السريع أدى به فى كثير من الأحيان الى الانحراف .

وقد لعبت سياسة التعليم نورا سلبيا كان له تأثير مباشر على عملية التنمية الاقتصادية ، فقد كان من نتائج التركيز على التعليم الجامعى وإهمال التعليم الفنى والمهنى ثم الالتزام بتعيين الخريجين نون مواجهة

للاحتياجات الفعلية للمجتمع ، أن هاجر العديد من العقول الممتازة - وأكثرها من الشباب - الى الخارج .

وأخيرا فقد أدى العجز المستمر فى موازنة الدولة الى ضغط الاعتمادات المخصصة لمختلف جوانب نشاط الدولة ومن بينها الاعتمادات المخصصة للمنشآت الشبابية والرياضية على المستويين الرسمى والأولى .

تلك هى أهم الجوانب السياسية والاجتماعية والاقتصادية التى أثرت على الشباب منذ أوائل الخمسينات ، وإذا كان ظاهر الصورة يبدو غائما لأول وهلة ، فإن وراءه حقيقة ثابتة هى أصالة الشعب المصرى وحفاظه على جوهره خلال مختلف العصور ، على الرغم من الأحداث التى مرت به .

وعلى ضوء ما تقدم وانطلاقا من أن المرحلة التى نعيشها مرحلة مؤقتة جاءت نتيجة للمتغيرات الداخلية والخارجية المتلاحقة التى مرت بها البلاد ، فإن العلاج الذى يمكن اقتراحه يبدأ بتحديد الأهداف الاستراتيجية المتكاملة طويلة الأجل فى مختلف المجالات ، ثم وضع الاقتراحات العملية لتنفيذ أهداف هذه الاستراتيجية ، كل ذلك فى خطة شاملة متكاملة تغطى جميع القطاعات والمجالات الشبابية وترتبط فيما بينها كما تغطى فى الوقت نفسه جميع محافظات الجمهورية ، ثم تقسم هذه الخطة الى خطط فرعية يشمل كل منها مشروعات محددة ، وتكون منبثقة من الخطة الشاملة .

الملامح الأساسية للاستراتيجية :

تخلص الملامح الأساسية للاستراتيجية فيما يلى :

- أن تكون هذه الاستراتيجية جزءا لا يتجزأ من خطة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدولة بحيث ترتبط هدفا ومضمونا بالأهداف القومية للمجتمع .

- أن تكون مسئولية إعدادها وتنفيذها مسئولية عامة ومشتركة بين جميع المؤسسات المعنية بالشباب بحيث يتم التخطيط والتنفيذ فى تناسق

وترابط يشمل جميع مراحلها .

- أن تشمل جميع أنواع النشاط بفروعها المختلفة من ثقافة وفنون ورياضة وتدريب مهني وخدمة عامة حتى تتاح للشباب جميع الفرص لاكتساب المعرفة وتنمية المهارات وبناء الشخصية الناجحة الواعية .

- أن تتيح الفرص المتكافئة للنمو السليم والنشاطات المختلفة لجميع فئات الشباب في مختلف القطاعات على قدم المساواة من طلاب وعمال وفلاحين وبدو .

- أن تتضمن الخطط الفرعية للاستراتيجية تحديدا واضحا لدور الجهود الذاتية والهيئات الأهلية والمجتمعات المحلية بالنسبة للتمويل والريادة وتوفير المرافق والمنشآت .

الأهداف الرئيسية للاستراتيجية :

وتهدف الاستراتيجية الى :

- معاونة الشباب على اكتساب قيم جديدة تتيح لهم القدرة على تغيير ما قد يكون لحق بنفوسهم وأفكارهم من مظاهر أحدثتها ظروف وأوضاع مختلفة في الحقبة الماضية .

- الارتفاع بمستوى الشباب وتأهيلهم لتحمل تبعات المستقبل وذلك بالتنشئة الصحيحة التي تكفل لهم فرص النمو السليم بدنيا ونفسيا واجتماعيا وفكريا وعلميا حتى يتمكنوا من المشاركة في بناء مجتمعنا الحديث على أسس التقدم العلمي مع الحفاظ على قيمه العريقة .

- تعبئة طاقات الشباب وتنظيم الافادة منها على جميع المستويات بما في ذلك جهوده التطوعية في المجالات المناسبة على أساس الاقتناع بأن العيش في كنف الوطن والتمتع بخيراته يستدعي أن نوفيه بعض حقه بالتطوع لخدمة المجموع .

- تحقيق الالتقاء البناء بين مجتمع الكبار بخبراته ومجتمع الشباب بطاقاته وإمكاناته وذلك عن طريق اشراك من يمكن إعدادهم من الشباب

في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي تتولاها أجهزة الدولة .

التوصيات

في ضوء العرض السابق ومناقشات المجلس ، يوصى بالآتي :

* تنويع وتوسيع مساهمة القوات المسلحة في عملية إعداد وتدريب الشباب لخدمة القطاع المدني بحيث يدرّب المجندون فنيا ومهنيًا ، نظريا وعلميا مع اعطاء أولوية لتشغيلهم في مشروعات الدولة مع دعم واستمرار خطة القوات المسلحة في محو أمية المجندين .

* انشاء معسكرات عمل دائمة في مختلف المحافظات وعلى الأخص في المجتمعات الجديدة تكون مهمتها تشغيل الشباب في المشروعات الجديدة مقابل اجور مناسبة مع تخصيص بعض المدارس الفنية لتعليم الشباب بعض الحرف التي يحتاجها المجتمع وذلك خلال فترات الإجازات ، على أن يعقد للشباب في هذه المعسكرات ندوات ثقافية ودينية وتدريبية رياضية . وكذلك فانه من الضروري الاكثار من مراكز الشباب مع تزويدها بالملاعب والأجهزة الرياضية لاتاحة الفرصة للشباب من الفلاحين والعمال لممارسة الرياضة فيها .

* اقامة المعسكرات الصيفية على جميع شواطئ الجمهورية لاتاحة الفرصة للشباب بمختلف مستوياته للترويح والاستجمام بأسعار معقولة وتحت إشراف منظم مع الاهتمام باحياء حركة الكشافة والمرشدات ونشرها في المدارس والجامعات باعتبارها من أفضل وسائل التربية .

* العمل على حل أزمة الاسكان وتوفير المساكن المناسبة للأسر كثيرة العدد اذ أن هذه المشكلة تشكل خطرا اجتماعيا ونفسيا بالنسبة لغالبية الشباب ومن ثم يجب تقديم الشباب على غيرهم في تخصيص المساكن الجديدة .

* وضع نظام للاتصال والحوار الدائم المنظم بين المسؤولين في الحكومة وبين الشباب في كل المواقع لعرض ومناقشة حقيقة المشاكل

التي تعاني منها البلاد بوجه عام ومشاكل الشباب بوجه خاص .

* تعديل المناهج الدراسية فى جميع مراحل التعليم ، وعلى الأخص التعليم الجامعى على أن تكون المناهج الجديدة نابعة من واقع مجتمعنا ولخدمة أهداف تنميتها مع العودة الى نظام اليوم المدرسى الكامل ، وتقديم الغذاء الصحى للتلاميذ .

* الاهتمام بالمجالات الأساسية للتربية والتعليم ، مثل التاريخ القومى الصحيح لتعريف الشباب بأمجاد شعبه وتراثه الحضارى مما يعمق انتماءه وحبه لوطنه ، وكذلك التعليم الدينى لتأصيل القيم الروحية والمثل العليا فى نفوس الشباب .

* العودة الى الاهتمام بالنشاط الرياضى والتربية الرياضية فى الجامعات والمؤسسات العمالية ووحدات الانتاج والخدمات لما لذلك من أثر فى رفع الروح المعنوية للشباب . واعتبار التربية الرياضية مادة أساسية فى المدارس . اذ يلاحظ ان التربية الرياضية اختفت فى معظم المدارس ولاسيما فى المدارس الجديدة ، إما لقصور فى الاعتمادات المالية لإنشاء الملاعب وصيانتها وإما للتوسعات فى المباني اللازمة للفصول الجديدة على حساب الملاعب الرياضية مما كانت نتيجته اتجاه الشباب الى استغلال طاقاتهم فيما لا ينفع ، كما يلاحظ ان معظم المؤسسات العمالية ووحدات الانتاج والخدمات أهملت الأنشطة الرياضية بسبب عدم وجود الملاعب وعدم وجود متخصصين للتدريب على أنواع الأنشطة الرياضية وكذلك لقصور فى الامكانيات المالية اللازمة .

* فتح المدارس فى العطلات الصيفية لاستغلال ملاعبها وأنديتها فى ممارسة الشباب للرياضة على أن يتم ذلك تحت اشراف ومسئولية أجهزة الشباب والرياضة .

* يجب ان يعمل الأئمة ورجال الدين على ترشيد الخطب والدروس الدينية من حيث الموضوع والمستوى وربطها بمشاكل المجتمع ومشاكل الشباب بوجه خاص ومحاولة إيجاد حلول واقعية لها والعمل على تزويد

٣٤٤

اماكن العبادة بأخصائيين اجتماعيين تكون مهمتهم توجيه الشباب للمشاركة فى الأعمال التى تعود على أحيائهم بالخير وتربط الشباب بدينه ودينياه وتعكس المضمون الاجتماعى للدين على واقع الحياة ، وكذلك تزويد المساجد ودور العبادة بمكتبات تشمل الكتب الدينية والثقافية والعلمية .

* العمل على استثمار طاقات الشباب وتوجيهها نحو المشروعات والخدمات النافعة وذلك بدعوتهم الى استغلال أوقات فراغهم فى المساهمة فى محو الأمية أو فى أعمال الترميض أو لتعليم الحرف والمهن البسيطة أو اعطاء دروس التقوية لأبناء مناطقهم وغير ذلك من الخدمات العامة مع تقييم نظام الخدمة العامة المعمول به حالياً .

* إتاحة الفرصة للشباب لاصدار مجلات أو صحف محلية واقليمية يعبرون فيها عن آرائهم فى المشاكل التى تخص مجتمعهم المحلى أو مجتمعهم المصرى بوجه عام .

* تدعيم أجهزة الرعاية الصحية والنفسية فى المدارس والجامعات وأماكن التجمعات الشبابية فى المصانع والمؤسسات والأندية الريفية وامدادها بالخبراء والمتخصصين والعمل على نشر الثقافة الصحية والنفسية بين الشباب والتوسع فى تدريس الصحة العامة والصحة النفسية والاسعافات الأولية فى المدارس والمصانع وخاصة بالنسبة للوقاية والعلاج من الأمراض التى يتعرض لها الشباب .

* اختيار القيادات الشبابية فى المحليات من بين من لهم استعداد ورغبة للعمل فى حقل الشباب .

* وبالنسبة للعمل الشبابى فى الجامعات والمعاهد ، فيقترح تشكيل لجنة من القيادات الجامعية بالاشتراك مع بعض القيادات الطلابية لوضع نظام لاتحادات الطلبة يضمن الاستقلالية بالنسبة لإدارة الاتحادات وتوجيه وتنمية قدرات الشباب وتدريبهم على ممارسة السياسة والديمقراطية والمشاركة الايجابية فى حل مشاكل المجتمع ونشر الوعى

الجامعى والحضارى واستقراره بين الشباب .

أسلوب التنفيذ :

يراعى عند تحويل هذه التوصيات الى مقترحات بمشروعات

محددة :

* ان تغطى هذه المشروعات الاهداف الاستراتيجية للدولة . على أن تتسم بالمرونة الكافية لتتلاءم مع ظروفنا الاقتصادية وتقاليدنا الاجتماعية .

* ان بعضها يمكن أن يطبق فوراً ، وبعضها يطبق على مراحل ، فى المدى القريب أو المتوسط ، مع تحديد المدة الزمنية اللازمة للتنفيذ بالنسبة لكل مرحلة .

* الافادة الى أقصى حد من الامكانيات المتاحة حالياً ، سواء البشرية أو العينية أو المالية ومن ثم ينبغى أن يحدد دور الجهات المعنية المختلفة بالنسبة للتنفيذ أو المتابعة لكل مشروع من المشروعات . سواء على المستوى القومى أو المركزى أو المحلى .

* ينبغى تفريغ جميع المشروعات فى جدول تحليلى زمنى ، بهدف سهولة التنسيق بين جهات التنفيذ وجهات المتابعة ، وسهولة التمويل ، على أن يعدد بالمتابعة العامة لتنفيذ الاستراتيجية الى جهة مركزية ، مع عدم حجب دور الجهات المسؤولة عن متابعة المشروعات وفقاً لاختصاص كل منها ونطاق إشرافه .

أسلوب التمويل :

وحتى يكون لهذه الدراسة أثرها الايجابى الفعال ، فيتعين ترجمة توصياتها الى تقديرات مالية مبدئية ، على ضوء الخبرة والتجربة للعاملين فى مجال الشباب مع الأخذ فى الاعتبار معدلات الزيادة السنوية فى الأسعار ، سواء فى العمالة أو فى غيرها من المستلزمات ، ثم توزع الاعتمادات المالية المطلوبة على القطاعات والجهات المختلفة ، على أساس سليم وللأغراض التى حددت من أجلها .

الشباب والتربية الدينية

الشباب مرحلة متوسطة بين الطفولة والكهولة ، وهو جزء من المجتمع له بعض الخصائص الذاتية التى تميزه ، وأن كان يشترك فى الخصائص والصفات العامة .

وأكثر ما يميز الشباب : حيويته وقوة فاعليته ، وسعة استعداداته ، وامتداد آماله وطموحه . فهو أوفر عناصر المجتمع طاقة على ارتياد ميادين العلوم والفنون والبحث والاختراع ، وأقدرها على مواجهة متطلبات العمل والانتاج وبذل الجهد والتضحيات وأكثرها تفتحاً لاستقبال الجديد ، وأجداها نفعا ، وأنشطها فى المحافظة على كيان الأمة وتطويرها وتجديدها . وبهذا كله يعكس الشباب الامكانيات الحقيقية لواقع المجتمع وتطوره ، ويشكل البنية الأساسية لمستقبله .

والشباب باعتبار ماله من أهمية ومكانة ينبغى أن يوضع فى اطار من الرعاية تكفل له تنشئة صالحة متكاملة . وإذا كان الاسلام قد عنى عناية تامة بالانسان فى جميع مراحل حياته ، وأحاطه برعايته إحاطة كاملة ، وقدم له فى جميع شئونه أكمل وأسمى منهج ، لذلك فإن الالتزام بمبادئ الاسام وقيمه هو خير منهج ينبغى أخذ الشباب به .

مشكلات الشباب وأسبابها :

ويتبين من عرض الواقع الراهن في محيط الشباب ومشكلاته ، ان رواعها مجموعة من الأسباب تخلص فيما يأتى :

- الفراغ الدينى الذى يحيط بالشباب ، وسوء فهم حقيقة الدين ،
- عدم كفاية الأساليب التربوية ، لغرس القيم الدينية والأخلاقية فى نفوس الشباب .

- ضعف دور الآباء والمربين فى تربية وتوجيه الشباب ، وعدم قيامهم بواجباتهم الحقيقية فى هذا المجال ، فقد انصرفت غالبية الآباء الى العناية بالجوانب المادية لأسرهم وأولادهم ، وحصرُوا واجبهم فى هذه الجوانب ، أما النواحي التربوية والأخلاقية والروحية فقد اعتبروها من التكاليف الزائدة على واجباتهم الأصلية ، وكذلك اكتفى المربون بإملاء الدروس وتلقين المعلومات دون التحام حقيقى بالشباب ومعالجة فعلية لداخلتهم .

- ضعف التوجيه الذى يتلقاه الشباب من المصادر المحيطة بهم سواء من الأسرة أو المدرسة أو الشارع أو النادي ، أو من جانب وسائل الاعلام ، واقتفاء القنوة الرائدة فى كل هذه المواقع .

- عدم ملائمة منهج وأسلوب التربية الدينية فى الأسرة ومعاهد التعليم ووسائل الاعلام لمواجهة ظروف وواقع الحياة الحديثة للشباب ، من حيث بعده عن لمس مشكلاته ، ومن حيث المواءمة بين المعلومات المقدمة وبين سن الشباب المتلقى .

- وجود مفارقة بين الوعى الأخلاقى والوعى الدينى لدى الشباب ، مع أن الدين لا يفصل بين مبادئ الأخلاق ومبادئ الدين بل يربط ويوحد بينها .

- تغلغل آثار الأفكار الواقعة فى صورة ثقافات أو عادات ، دون القدرة على تمييز ما يصلح منها لمجتمعنا وما يتنافى معه ، وضالة المعارف أو المعلومات التى تمكن الشباب من مواجهة هذه الأفكار

٣٤٦

والوقوف على حقيقتها وانحرافاتهما وتبين موافقتها أو مخالفتها لمبادئ الدين .

- عدم مواكبة التثقيف العام بوسائله المختلفة لأحداث وتطورات الواقع الاجتماعى ، وعدم بيان رأى الدين وتوضيحه فى كثير من الأمور التى تبرز مع أحداث هذا الواقع وتصاحب تطوراتها فى المجالات المختلفة .

- سوء فهم الحرية وممارستها ، وكذلك بالنسبة للحقوق والواجبات ، وعدم الربط بينها .

- تركيز كثير من مواد الاعلام على الإثارة ، وعدم توافيقها مع قيم الدين ومبادئه .

القيم الدينية الإسلامية فى مواجهة مشكلات الشباب :
ومن أهم القيم الدينية التى ينبغى تنميتها ورعايتها فى تنشئة الشباب :

الايمان : وهو الخيط الأول الذى يسترشد به الانسان فى جميع شئون حياته . وهو أصل القيم كلها ، تتفرع عليه وتستقى منه .

الإخاء : ويقوم على عدم التفرقة بين بنى الانسان ، فكل الناس فى الخلق سواء ينتمون الى أسرة كبيرة تربطها صلة الأرحام .

العلم : وهو كل علم نافع للإنسان فى حياته - ولا يقتصر على العلوم الشرعية وحدها - حيث أعتبر الاسلام انه لا تناقض بين الدين والحقائق العلمية ، بل هما أمران متكاملان ، كما اعتبر طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة .

العمل : وقد رفع الاسلام من شأنه ، وربط بين منزلة الفرد وقيمة ما يعمل ، واعتبر العمل واجبا على كل فرد قادر ، وفضل من يتكسب من عمل يديه على من يقعد عن العمل ويعتمد على غيره ، وحث المسلم على الاجادة فى أى عمل يقوم به .

الأخلاق : وهى قواعد السلوك والمعاملات ، وهى أساس أصيل فى تقويم الحياة ، ومبادئها هدف انسانى لا تستقيم أمور الأفراد والجماعات الا باحترامها والعمل بها .

التربية الدينية : ويحث الاسلام على الاستمسك بمبادئ التربية الدينية ، التى توجب العناية بالنشء بدنيا وعقليا وروحيا ، وسلوكا وتعبدا ، ومن ذلك : ضرورة تعريف الناشئ معالجة أمور حياته الذاتية وحياته الاجتماعية ، وتعميده فى ذلك على أفضل الأساليب وأكثرها تهذيبا وأدبا وعفة . فمبادئ التربية الدينية تمس جميع شئون الفرد المتصلة بنفسه ويجسده ويسلكه وعاداته ومعاملاته وواجباته نحو : ربه ومجتمعه ووطنه ، وتكسبه الفضائل كالتواضع والوفاء والحياء .

المسئولية : حمل الاسلام كل فرد المسئولية الناجمة عن عمله ومعتقد ، وهذه المسئولية متنوعة تشمل : كل علاقات الفرد مع ربه ومع نفسه ومع غيره ، ومن هنا كانت مسئولية الشباب عن نفسه على هدى ما تعلمه وما فعله . والمسئولية الجماعية عن الشباب تشترك فيها : الأسرة ، باعتبارها المنشأ والمأوى ، والدولة باعتبارها القوامة على وسائل الانتاج وتقديم الخدمات العامة ، ثم المجتمع كله باعتباره الرأى العام .

التوصيات

وعلى ضوء ما سبق وما دار فى المجلس من مناقشات ، وما عرض من آراء واقتراحات يوصى بما يأتى :

فى مجال الحياة العامة :

* وضع برنامج زمنى ملزم بضم المساجد الأملية لوزارة الأوقاف ، لضمان حسن سير الدعوة بها . ويستدعى ذلك ضرورة توجيه جهود الوزارة والجانب الأكبر من موازنتها لتحقيق هذا الغرض فى مدى زمنى محدد .

* التوسع فى نشر الفكر الإسلامى الصحيح والدراسات الخاصة بالقيم الدينية الإسلامية .

* ينبغى قبل اشهار الجمعيات الإسلامية عرض أوراقها على لجنة

تمثل فيها الجهات المعنية ومن بينها : وزارة الأوقاف والازهر ، لبحث اغراض هذه الجمعيات ومواردها وأسلوب عملها .

* إعداد الكتاب الإسلامى وعرضه بالسعر الملائم ، وتوسيع قاعدة انتشاره على مستوى كل الأعمار .

* إعداد دراسات موضوعية عن الأخطاء الشائعة فى المجتمع ، والتى تباعد بين الشباب وبين الالتزام بأداب الاسلام وتعاليمه ، ودراسة هذه الأخطاء وبيان حكمها ووسائل الوقاية منها وعلاجها فى الاسلام .

* القيام بدراسات ميدانية عن اتجاه الفكر الدينى بين الشباب ، تمهيدا لتحديد الأساليب الإرشادية وربطها للشباب بجوهر الدين .

* تقديم الثقافة الجادة للشباب ، عن طريق التعريف بالمعالم الثقافية الإسلامية الهامة ، وترسيخ وتنمية مواهب الابتكار ومناقشة القضايا الإسلامية مناقشة موضوعية للوصول الى الآراء المستقيمة فيما يعرض من مشكلات الشباب .

* إعادة النظر فى رسالة المسجد وإعداد إمامه ، فالمسجد مصدر اشعاع يؤدى دور المربي للكبار والصغار والثقفين وغيرهم ، بدما من أصول العقيدة وانتهاء برفع المستوى الثقافى ، والعمل على وجود مسجد فى كل تجمع .

فى مجال التربية الدينية :

* أن يكون الدين مادة أساسية فى برامج التعليم من بداية مراحله حتى نهاية المرحلة الثانوية . أما فى الجامعات والمعاهد العليا فينبغى إعداد مقررات تتضمن جوانب من الفكر الإسلامى والعلوم والثقافة والحضارة الإسلامية .

* الاهتمام بتحفيظ القرآن وتفسيره .

* العناية بتجميع ودراسة أساليب التربية فى الاسلام ، على أساس من القرآن والسنة وآثار العلماء والسلف الصالح ، ودراسة الوسائل التى

تتبع في غرس وتنمية الوعي الديني عند الشباب ، بل وفي مرحلة الطفولة .

* إبراز خصائص المجتمع الاسلامي ومميزاته - في برامج التعليم المختلفة - اذ ان التربية لا تفارق نظام المجتمع ولا تنفصل عن عقيدته .

* إعداد مصلى في كل مدرسة أو معهد تعليمي ، والاهتمام بالندوات والحوار حول المسائل الدينية ، وتوفير القدوة الحسنة للتلاميذ .

في مجال الاعلام :

* ترشيد النمط الاعلامي الموجه للشباب ولرحلتى المراهقة والطفولة بما يساير اسلوب القرآن والسفة في الايضاح والاقناع ، وبمراعاة القدرة على الادراك ، والعمل على اقتباس الآداب والتوجيهات الاسلامية في كل النواحي السلوكية والاخلاقية .

* تقديم البرامج الدينية في الوقت المناسب للأسرة ، مع مراعاة أهمية دور الأم في تربية النشء وضرورة تزويدها بثقافة دينية مناسبة تستطيع ان تنقلها بدورها الى الأبناء .

* التزام الصحف وغيرها من وسائل الاعلام بالقيم الدينية فيما تقدم من موضوعات عامة ، وان يراعى فيما تقدمه من مادة اعلامية معالجة المشاكل المعاصرة وإيجاد الحلول لها لربط الحياة بالدين .

* دعم الكتاب الاسلامي وكتب التراث الديني وتوسيع قاعدة انتشارها ، والعمل على اخراج مكتبة دينية ملائمة لمراحل السن المختلفة وتنوع البيئات ، مع العناية بمراحل الطفولة والشباب .

في مجال الدعوة الدينية وإعداد الأئمة والدعاة :

* ترشيد الخطب والدروس الدينية من حيث الموضوع والمستوى وربطها بمشاكل المجتمع ومشاكل الشباب بوجه خاص ، ومحاربة ايجاد

حلول واقعية لها .

* تزويد المساجد بمكتبات تتضمن الكتب الاسلامية وكتب التراث ، والكتب الثقافية والعلمية .

* تعميم القوافل الدينية في جميع المحافظات على مستوى الاحياء والقرى وتنظيمها على أن يشترك فيها الأئمة والوعاظ .

* التنسيق بين ادارة الوعظ بالازهر وادارة الدعوة بوزارة الاوقاف حول : موضوعات الدعوة ، والجهات التي يوجه اليها الدعاة والوعاظ ، والموضوعات التي تعالج مشاكل المجتمع .

* تكثيف برامج تدريب الأئمة والدعاة ، مع تشكيل لجنة لتخطيط التوعية الدينية على مستوى المحافظات ، وخاصة بالنسبة للمساجد الاهلية وخطبائها ، الى أن يتم ضمها الى وزارة الاوقاف .

* النظر في توحيد أجهزة الدعوة دعماً لقدراتها وتوحيداً للأهداف المحددة التي تسعى اليها مع تجميع مواردها المالية بما يساعد على اداء مهامها بكفاءة وفعالية .

* الانتفاع بعلماء الأزهر ومدرسي اللغة العربية والدين في تغطية المواقع التي تقع خارج نطاق عمل الأئمة والوعاظ ، مع تكليف اساتذة المعاهد الدينية بالمساهمة في نشر الوعي الديني بين الافراد والجماعات في مواقع عملهم ، وفي الاماكن المحيطة بها ، وتقرير المكافأة الجزئية عن هذا العمل .

* تقرير الحوافز المادية لرجال الدعوة بما يجعلهم يعيشون حياة كريمة ، والعمل على المحافظة على مكانتهم الادبية لجلال عملهم .

* استمرار الدعاة في عملهم بعد بلوغ السن القانونية للانتفاع بالكفايات البارزة في مجال الدعوة .

* وضع تنظيم واضح بالنسبة لاصدار ونشر الفتاوى في الموضوعات والمشكلات العامة التي تنس صالحي المجتمع ككل .

الرياضى الى هدف الفوز بآية وسيلة مما جرف الرياضة نحو العنف وعدم احترام القوانين الرياضية أو الحكام أو الإداريين وانسياق المتفوقين رياضيا الى الغرور والاحتراف والابتزاز .

الحركة الرياضية فى مصر : نشطت الحركة الرياضية فى مصر منذ بدايات القرن العشرين ، فتكونت فيها سنة ١٩١٠ لجنة أولبية أهلية ورفع علمها الأولبى لأول مرة فى ٢٣ يونيو ١٩١٤ فى العيد العشرين لتكوين اللجنة الأولبية الدولية ، وذلك قبل رفع العلم الأولبى رسميا فى الدورات الأولبية بست سنوات ، كما كانت مصر سباقة الى الاشتراك الفعلى والفوز فى مسابقات الألعاب الأولبية مما جعلها تحظى بتقدير اللجنة الأولبية الدولية ، فعقدت أحد اجتماعاتها السنوية فى مصر عام ١٩٢٨ ، كما قامت مصر بتنظيم الدورة الأولى لألعاب البحر الأبيض المتوسط عام ١٩٥١ ، والدورة الرياضية العربية الأولى عام ١٩٥٣ باستاد الاسكندرية .

التربية الرياضية فى المراحل التعليمية : وقد اتبعت مصر فى السنوات الثلاثين الماضية سياسة التوسع فى التعليم التى كان لها آثار جانبية منها :

- الغاء اليوم المدرسى الكامل .
- الغاء التغذية بالمدارس .
- عدم وجود الوقت الكافى لمزاولة النشاط الرياضى .
- التوسع فى أبنية الفصول على حساب الأبنية والملاعب الرياضية فى المدارس ، وتوجيه اعتمادات المبانى الحديثة الى المدارس والفصول دون الملاعب .
- تعيين الخريجين من كليات ومعاهد التربية الرياضية فى الأجهزة المتعددة لرعاية الشباب دون المدارس ، واتجاه النسبة الكبيرة منهم الى العمل فى الخارج ، أو بعيدا عن تخصصاتهم الرياضية .
- وقد أدى كل ذلك الى الغاء الكثير من الأنشطة الشبابية وأهمها النشاط الرياضى .

أسباب انخفاض المستوى الرياضى :

ويسبب عوامل كثيرة ارتبطت بالظروف التى مرت بها البلاد لم تتح الفرص الكافية للمبادرة الى معالجة هذه الآثار الجانبية الأمر الذى أدى

التربية الرياضية ووسائل النهوض بها

التربية الرياضية جزء من التربية العامة التى تستهدف التنمية البشرية المتكاملة للفرد لتنمية قدراته وهى - مثل التعليم - حق لكل مواطن ، ومن ثم فإن تدبير امكانات مزاولتها فى مختلف المراحل السنية لقطاعات السكان ، يعتبر مهمة من مهام الدولة ، سواء قبل الدراسة أو فى مرحلة التعليم الأساسى ، أو فى المعاهد المتوسطة ، أو فى مرحلة الجامعات والمعاهد العليا ، أو ما بعد ذلك للكبار والمسنين .

وقد صاحب الانسان الرياضة البدنية وأنشطتها منذ وجد ، وسجلت آثار أقدم مدنية للانسان ، عند قدماء المصريين ، تاريخا دقيقا وثائقيا للنشاط الرياضى .

أما فى عصرنا الحديث فقد تطورت الرياضة وتكونت التنظيمات الرياضية الأهلية والقارية والاقليمية والدولية ، وتعددت أنواع الألعاب ، وزادت المسابقات ، كما زادت أعداد المقبلين على مزاولتها ، واجتذبت أعدادا غفيرة لمشاهدتها وتنوحتها ، وخصصت الاعتمادات المالية لتدبير وسائل مزاولتها ومشاهدتها .

ولقد عنيت وسائل الاعلام المختلفة بالرياضة وخصصت لها الصفحات المطولة فى الصحف وفى البرامج الإذاعية والتلفزيون ، غير أن هذا التطور صاحبه انحراف عن الأهداف والمبادئ الرياضية يتمثل فى استغلال النشاط الرياضى سياسيا واقتصاديا ، وفى التعصب للجنس أو اللون أو المعتقدات السياسية أو الدينية ، وفى تحول النشاط

الى الأراض الآتية :

– انخفاض المستوى الصحى ، لسوء مستوى التغذية وعدم العناية الكافية بالتربية البدنية والألعاب الرياضية ، فضلا عن انتشار الأمراض المتوطنة .

– زيادة وقت الفراغ لدى الشباب ، لالغاء نظام اليوم الدراسى الكامل ، مما أدى الى العديد من مظاهر الانحرافات بينهم .
– تحويل الملاعب الى فصول دراسية وقاعات للمحاضرات ، وعدم العناية بالاستادات ، والنقص الشديد فى أدوات الرياضة ومستلزماتها .

– وينطبق هذا ايضا على مراحل التعليم العالى والجامعى حيث انعدم النشاط الرياضى للطلاب ، واختفت المسابقات المختلفة بين وحدات كل كلية ، أو بين الكليات فى الجامعة ، أو بين الجامعات المختلفة ، كما ان اشتراك مصر فى دورة الجامعات العالمية لا يمثل تاريخ مصر المشهود فى ميدان الرياضة الدولية .

الاتحادات الرياضية :

تسير الحركة الرياضية الدولية وفق النظام المعترف به منذ انشاء اللجنة الأولمبية الدولية فى عام ١٨٩٤ ، ووفقا لهذا النظام العالمى تعتبر الاتحادات الرياضية هى المسئولة عن نوع النشاط الرياضى كل فى اختصاصه .

فكل اتحاد رياضى فى مصر هو المسئول عن الاشراف على لعبته وهو ممثل الاتحاد الدولى للعبة داخل الوطن ، وهو صاحب الحق فى تمثيل مصر فى الاجتماعات الدولية للاتحاد الدولى ، واختيار ممثل مصر فى البطولات العالمية للعبة ، واللجنة الأولمبية المصرية هى المسئولة عن كل ما يتصل بالنشاط الأولمبى ، داخل الوطن ، وهى المسئولة عن مراعاة القوانين والقواعد الأولمبية فى مصر .

الأوضاع الراهنة :

انخفض المستوى الرياضى فى معظم الألعاب الرياضية فى مصر نتيجة للأسباب المتقدمة بالنسبة للرياضة فى المراحل التعليمية بالإضافة لما يأتى :

– عدم استقرار التنظيمات الحكومية المتصلة بالنشاط الرياضى .

– كثرة تغيير وتعديل التشريعات الرياضية مما يصعب معه ملاحقتها حتى أن بعضها يصدر لمعاملة حالة خاصة مما يعيب التشريع .
– التضارب بين الأجهزة الحكومية المشرفة على النشاط الرياضى والأجهزة الرياضية الشعبية .

– ضعف الاتصال الدولى فى مجال المسابقات والدراسات الخاصة بالمدرسين والحكام ، وعدم المحافظة على القواعد والنظم الأولمبية الدولية وخاصة فى مجال الهواة .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة وما دار بالمجلس من مناقشات وآراء يوصى بالآتى :

* ضرورة العمل على استقرار التشريعات الرياضية وعلى أن تكون متسقة مع القواعد والمبادئ الدولية ، وأن تضمن استقلال التنظيمات الرياضية الشعبية .

* اعادة النظر فى أوضاع التشكيلات والاتحادات واللجان الرياضية بهدف دعمها وتطويرها ، حتى تتمكن من تحمل مسئولياتها فى الحفاظ على مستوى الرياضة عامة ، ومستوى مصر الدولى ومكانتها فى التنظيمات الرياضية العالمية والاقليمية خاصة .

* أن تقوم أجهزة الحكم المحلى – وخاصة فى الريف – بتنظيم النشاط الرياضى وانشاء الأندية والملاعب وتزويدها بالألوان والمدرسين .

* اعطاء أولوية لوضع برنامج زمنى محدد ، لانشاء سلسلة من حمامات السباحة فى المدن والريف ، بحيث تغطى جميع الاحياء فى المدن الكبرى وعواصم الاقاليم . مع التوسع فى انشاء الاندية والملاعب وتجهيزها ، على مستوى الدولة ، فى المدارس والجامعات .

* العناية بالمنشآت الرياضية والملاعب فى المدارس والجامعات وعدم طغيان التوسع فى الفصول عليها .

* الاهتمام بإعداد المدرسين ومدرسى التربية الرياضية .

* اعتبار التربية الرياضية مادة أساسية فى المناهج الدراسية فى المدارس والجامعات والعناية بالفرق الرياضية المدرسية .

* العناية بالتغذية والمستوى الصحى للتلاميذ ، ونشر الوعى الصحى والغذائى بينهم .

فيها ان تجهز تجهيزا كاملا بالامكانات الرياضية وأن يتبع فيها نظام الدراسة الداخلية ، حتى يمكن ان تتوفر لطلابها الرعاية الكاملة ، ويكون الاشراف عليهم كاملا من كافة النواحي الصحية والاجتماعية والعلمية والروحية .

ويختار طلاب هذه المدارس بمعرفة لجنة تضع مقاييس لاختبارات تبين مدى الاستعداد الجسماني للتفوق الرياضي ، ويدرسون البرنامج الثقافي والعلمي العام الذي يدرس بالمدارس الاخرى ، مع زيادة حصص التربية الرياضية الى ست حصص اسبوعيا هذا بجانب فترة النشاط بعد الظهر .

ويراعى في اختيار المدرسين والمدرسين الذين يعينون لهذه المدارس ، أن يكونوا من نوى الكفاءة الفنية والعلمية .

الغرض من انشاء هذا النوع من المدارس :

وتتعدد الأغراض من إنشاء هذا النوع من المدارس ، وأهم هذه الأغراض ما يأتي :

– رعاية המתأثرين والموهوبين من الطلبة الرياضيين بالمدارس ، وإتاحة الفرصة امامهم كاملة للوصول الى أعلى مراتب البطولة .

– إيجاد مورد دائم لمد الفرق الرياضية القومية – التي تمثل الدولة في المجالات الرياضية العالمية – بالمعاصر المتأثرة من اللاعبين .

– إعداد فئة من الطلبة تناسب احتياجات كليات التربية الرياضية والكليات العسكرية ، بالإضافة الى رفع مستوى الرياضة بالكليات المختلفة بالجامعات التي يلتحق بها خريجو هذه المدارس .

تطوير مشروع المدرسة الرياضية في مصر :

انشئت في مصر مدرسة ثانوية رياضية عام ١٩٦٨ ، ومع نجاح المدرسة في تخريج كثير من أبطال الرياضة ، الا انها الغيت بعد فترة محدودة ، في أعقاب تجاوز شروط القبول بها ، حيث استثنى عدد كبير من المقبولين بها من شرط المجموع ، ولم يوفق معظمهم في الناحية العلمية .

والمقترح الآن : إعادة انشاء المدرسة الرياضية مع تطويرها على النحو الآتي :

– ان يلحق بالمدرسة التلاميذ من بداية المرحلة الإعدادية ، ويتدرجون

٣٥١

* اعتبار معسكرات العمل وسيلة فعالة لمساهمة الشباب في البناء والتعمير وتعميق مفهوم المشاركة في البناء والانتماء الى المجتمع .

* التوسع في انشاء بيوت الشباب في المناطق الأثرية والتاريخية والترويحية لاستثمارها في تعريف الشباب بتاريخ وطنه ومعاله بأقل التكاليف .

* العناية بحركة الكشف كوسيلة تربية في تحمل أعباء الحياة والتعاون مع الغير والبذل والعطاء والايثار .

* العودة الى نظام المدرسة الرياضية وكفالة ضمانات نجاحه .

* تشجيع اقامة أندية أهلية جديدة ، نظرا لأن عدد الأندية القائمة لم يعد يكفي لخدمة السكان الذين تزايد عددهم بنسبة كبيرة خلال الفترة السابقة ، دون أن تنشأ أندية جديدة لخدمتهم . ويتم تشجيع اقامة هذه الأندية من خلال تيسيرات وتسهيلات تشريعية ، من بينها منحها الأراضي اللازمة بأسعار رمزية ، وغير ذلك .

* ضرورة تقييم دور الأندية الأهلية الحالية بعد أن طغت عليها الأنشطة الاجتماعية المختلفة وتسربت اليها النزاعات والخلافات ، مما أبعداها عن دورها الأساسي في التربية الرياضية .

المدارس الرياضية

تهتم معظم الدول بالتربية الرياضية في مدارسها لثققتها بالفائدة التي تعود على التلاميذ والطلاب من ممارستها ، ومن مظاهر هذا الاهتمام في كثير منها : التوسع في انشاء مدارس للرياضة يراعى

- اذا زاد عدد الرياضيين الناجحين فى الاختبارات عن العدد المطلوب ، يفضل المتقدمين علميا (طبقا للدرجات الحاصل عليها الطالب فى المرحلة الابتدائية) .

نظام الدراسة :

- وضع نظام دقيق لتقييم مستويات الطلبة وجهودهم ، واذا تبين استحالة تقدم المستوى الفنى لاحد الطلبة يحول الى مدارس التعليم العام فى نفس الصف الذى وصل اليه .

- لا يصرح لطلبة المدرسة بالاشتراك فى التدريب أو المباريات الرياضية مع احد فرق الاندية أو الهيئات الرياضية الاخرى ، الا باذن كتابى خاص من ادارة المدرسة .

- فى حالة عدم استمرار الطالب فى الدراسة بالمدرسة لسبب لايقره مجلس ادارتها يكون ملزما برد النفقات الاضافية التى تحملتها المدرسة زيادة عن تكاليف التعليم العام ، ووفقا لما تحدده المدرسة .

- ملابس التدريب الرياضى تصرف للطلبة بالمجان .
- الدراسة بهذه المدارس داخلية وبالمجان ويسمح للطالب بالخروج عقب دروس كل يوم خميس لقضاء عطلة نهاية الاسبوع وكذلك فى الاعياد والعطلات الرسمية .

الامتيازات :

توضع بعض الامتيازات التى يمكن ان يستفيد منها الطالب تشجيعا له ولاولياء الامور للاقبال على هذه المدارس ، مثل : اولوية التقدم للالتحاق بكليات التربية الرياضية او الكليات العسكرية ، وتوفير وسيلة مواصلات دائمة للمدرسة لانتقالات الطلبة .

الناحية المالية :

تتحمل وزارة التربية والتعليم نفقات الدراسة فيما يخص التعليم : ناظر المدرسة والمدرسين والاداريين والعمال والكتب ، ويتحمل المجلس الأعلى للشباب والرياضة نفقات النواحي الاخرى : من اقامة وتغذية ، وملابس وانوات رياضية ، ورحلات ورعاية صحية ، وإعداد الملاعب

بالسنوات التالية حتى نهاية المرحلة الثانوية ، وبذلك تكون الدراسة بالمدرسة ٦ سنوات دراسية .

- يشتمل المنهج على الرياضيات الاساسية والالعاب الجماعية ، وفقا لاسبقية اللعاب كما يلى : العاب القوى ، الجمباز ، السباحة ، كرة السلة ، الكرة الطائرة ، كرة اليد ، وما يمكن ان يضاف من الالعاب الاخرى الى المنهج .

- يبدأ التنفيذ فى هذه المدارس بمائتى طالب ، يوزعون على الالعاب المختلفة فى السنة الاولى من المدرسة - وتقابل السنة الاولى الاعدادية - على أن يقبل ٢٠٠ طالب جدد كل عام ، حتى تستكمل المدرسة ، وتكون قوتها الدائمة ١٢٠٠ طالب .

الاماكن المقترحة لانشاء هذه المدارس :

- بالنسبة لمدرسة محافظة القاهرة يقترح نفس المكان الذى بنى خصيصا للمدرسة الثانوية الرياضية قبل الغائها .

- بالنسبة للمحافظات يقترح استقلال استادات المحافظات وهى انسب الامكنة لانشاء مدارس رياضية واستغلال كل امكاناتها من ملاعب ومبان ، ويمكن اقامة مبنى جديد ملحق بكل استاد وضمن مساحة أرضه .

اختيار الطلبة :

يراعى عند اختيار الطلبة لهذه المدارس ما يأتى :

- أن يكون مجموع الطالب عند الالتحاق بالمدرسة مؤهلا لقبوله بالمدارس الاعدادية الحكومية ، مع عدم السماح بالاستثناءات .

- الامتياز الرياضى ، أو استعداد فى القدرات الرياضية ، بجانب الامتياز العلمى .

- اجتياز مجموعة من الاختبارات الخاصة التى توضع بمعرفة الاختصاصيين .

- اجتياز فحص طبي خاص .

- ان يتصف الطالب بالخلق الرياضى القويم .

وصيانتها ، وتنفيذ البرامج الرياضية والبعثات الرياضية .

التقييم والمتابعة :

يتولى المجلس الاعلى للشباب والرياضة عملية تقييم ومتابعة هذه المدارس من الناحية الرياضية ، ووضع نظام دقيق لها ، حتى لا تحدث أى ثغرات تؤثر فى نتائج الدراسة العلمية والرياضية .

نموذج

الموازنات المطلوبة لمدرسة فى السنة الاولى

مدرسة محافظة القاهرة : ومبناها موجود حتى الآن وقد شغلت المدرسة الرياضية الثانوية حتى عام ١٩٨٠ ، وهو مزود بكل التجهيزات . ويملكه المجلس الاعلى للشباب والرياضة . ويمكن اعاده استخدامه للدراسة ، مع استغلاله صيفا فى احتياجات المجلس الاعلى للشباب والرياضة ، مثل دراسات إعداد القادة ، وغير ذلك .

مدارس المحافظات :

يمكن استخدام استادات المحافظات ومكاناتها الحالية ، وكثيرا منها بها بيوت شباب .

كما يمكن اقامة مبنى فى الأرض غير المشغولة بملاعب فى الاستاد ويتكلف هذا المبنى ليكفى الإقامة الداخلية والمطاعم وفصول الدراسة حوالى ٢٠٠.٠٠٠ جنيه .

تكلفة الوحدة (الطالب) فى أول عام :

| عدد | جنيه | جنيه | طالب | جنيه |
|---------------------------------|------|------|------|---------|
| ١ سرير | ٢٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٤٠٠٠ = |
| ١ مرتبة | ١٥ | ١٥ | ٢٠ | ٣٠٠٠ = |
| ٢ بطانية | ١٠ | ٢٠ | ٢٠ | ٤٠٠٠ = |
| ٤ ملاية | ٣ | ١٢ | ٢٠ | ٢٤٠٠ = |
| ٤ كيس مخده | ١ | ٤ | ٢٠ | ٨٠٠ = |
| ٢ مخدة | ٣ | ٦ | ٢٠ | ١٢٠٠ = |
| ١ دولاب | ٣٠ | ٣٠ | ٢٠ | ٦٠٠٠ = |
| ١ مكتب | ٣٠ | ٣٠ | ٢٠ | ٦٠٠٠ = |
| سجاد وأكلمة لحجرات النوم للجميع | | | | ٤٠٠٠ = |
| المجموع | | | | ٣١٤٠٠ = |

تجهيزات المطابخ والمطاعم :

جنيه

| | | |
|---|------|----------|
| مناضد ٥٠ | ٢٠ × | ١,٠٠٠ = |
| كراسى ٢٠٠ | ١٠ × | ١,٠٠٠ = |
| أبواب سرفيس ٢٠٠ × ١٠ | | ٣,٠٠٠ = |
| أبواب مطبخ (أفران وثلاجات وحل .. الخ) | | ٣٠,٠٠٠ = |
| | | ٣٧,٠٠٠ = |

التغذية

تكاليف الطالب فى اليوم ١ جنيه ٢٠ × يوم ١٠ × شهر ٢٥٠ ×
طالب وأستاذ = ٧٥.٠٠٠ جنيه

علاج طبي ورعاية صحية :

متوسط الفرد فى العام ٢٠ جنيه ٢٠٠ × طالب = ٤.٠٠٠ جنيه
الملاعب :

انشاءات لبعض ملاعب كرة السلة والكرة الطائرة وكرة اليد
بالاضافة الى الموجودة فى الاستادات = ٢٠.٠٠٠ الموجودة فى
الاستادات .

صيانة الملاعب

٥.٠٠٠ =

أدوات رياضية لجميع اللعبات

٢٠.٠٠٠ =

الملابس الرياضية :

تكلفة الوحدة (الطالب) ١٠٠ جنيه ٢٠٠ × طالب = ٢٠.٠٠٠
المواصلات :

عدد

| | | |
|------------|------------|----------|
| ٢ اتوبيس | ٤٠.٠٠٠ × ٢ | ٨٠.٠٠٠ = |
| ٢ ميكروباص | ١٠.٠٠٠ × ٢ | ٢٠.٠٠٠ = |

الرحلات والمعسكرات التدريبية والترويحية :

تكلفة الوحدة (الطالب) ٥٠ جنيه ٢٠٠ × طالب = ١٠.٠٠٠
تجهيزات الدراسة :

تساهم وزارة التربية والتعليم بالتجهيزات اللازمة للدراسة (مقاعد للطلبة - السبورات - الكراسيات - الكتب - الأجهزة العلمية - ناظر المدرسة والأساتذة المتخصصون والاداريون اللازمون) .

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية

أهمية الرياضة والتربية الرياضية :

ترجع أهمية الرياضة والتربية الرياضية وأولويتها في برامج تنشئة الشباب ، الى ما تتميزان به من قيم مستهدفة في التربية ، وفي التنمية البشرية والاجتماعية ، والتي بدونها يتمذر النجاح في مجالات : التنمية الاقتصادية ، والرخاء ، والتقدم الذي تتطلب اليه المجتمعات ، على اختلاف مستوياتها .

وتؤكد هذه الأهمية ، على المستوى العالمي ، من خلال كثير من المواقف والاجراءات ويأتى في مقدمتها ما يأتى :

- قرار المؤتمر العام لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة ، بإنشاء لجنة قومية دائمة للتربية الرياضية والرياضة .

- اعلان ميثاق دولى للتربية الرياضية ، في دورتها العشرين عام ١٩٧٨ ، يؤكد على الآتى :

- ان ممارسة كل فرد لحقوقه ، يتوقف الى حد كبير على ما يحتاج اليه من امكانات لصون قدراته البدنية والذهنية والمعنوية .
- انه ينبغي كفالة انتفاع كل انسان بالرياضة والتربية الرياضية .
- ودعم دورها التربوي تعزيزا للقيمة الانسانية الأساسية ، والتي هي

منطلق التنمية الكاملة للشعوب .

• ان التربية الرياضية والرياضة ، يشكلان عنصرا أساسيا من عناصر التربية المستديمة ، في اطار النظام التعليمي الشامل .

أما على المستوى المحلى : فتجمع الاتجاهات والدراسات في مختلف أجهزة الدولة ومؤسساتها الدستورية ، في خلال ربع القرن الأخير ، على أهمية الرياضة والتربية الرياضية . ويؤكد ذلك ما جاء في دراسات وتوصيات مجلسي الشعب والشورى .

- فقد أكد تقرير لجنة الشباب ، بمجلس الشعب ، في يناير ١٩٧٧ ، وكذلك التقرير المشترك للجان التعليمية ، والشئون الاجتماعية ، والثقافة والإعلام في استعراضهما للمشكلة التعليمية في السنوات العشر السابقة - على ما يأتى :

× التركيز على أهمية التربية الرياضية والبدنية والروحية والوطنية ، في المدارس والجامعات والمعاهد العليا . مع ادخال المبادئ الخلقية - وهي لب الدين - عن طريق التربية الرياضية .

× ان المدرسة ، في مختلف المراحل ، هي المكان الرئيسى لممارسة الأنشطة الرياضية للشباب وهي المقوم الأساسى للنهوض بالرياضة .

- كما أكد مجلس الشورى - في تقرير عن بناء الإنسان - على دور الرياضة البدنية باعتبارها من أهم الوسائل لتنمية الشخصية ، سواء كانت فردية أو جماعية .

سياسة رعاية الشباب والرياضة :

وقد كانت الدعوة للنهوض بالشباب والرياضة ، من السمات الاولى لتقارير المجالس القومية ، اذ تضمن اول تقرير اصدرته عام ١٩٧٤ - وهو تقرير الدورة الاولى للمجلس القومى للتعليم - عدة مبادئ اساسية من بينها :

• ان الانسان هو العنصر الاول في بناء الحضارة ، من ثم ينبغي البدء به .

• ان تنمية شخصية الطلاب على أسس تربوية سليمة ، تأتي عن

طريق : توفير أسباب الرعاية الصحية والاجتماعية ، والتوسع فى الأنشطة الرياضية .

اما المجلس القومى للخدمات فقد أنجز ، فى هذا الاتجاه ، مجموعة من الدراسات والتقارير ، منها :

• الاطار العام للاستراتيجية القومية للشباب . وقد تضمن هذا التقرير : التعريف بالشباب المصرى ، والظواهر السلبية والمشكلات التى تواجهه وأسبابها المتعددة ، وتحديد الأهداف الاستراتيجية لجلالات الخدمة ، وأوجه النشاط ومقوماته المختلفة ، وكيفية العمل على تنفيذ أهداف الاستراتيجية من خلال مشروعات محددة ، مرتبطة ببرنامج زمنى للتنفيذ .

• التربية الرياضية . وقد تضمن هذا التقرير : الرياضة فى العالم وتطورها ، وتاريخ مصر فى الرياضة البدنية وما حققته على المستوى الاولمبى ، وما ترتب على التوسع فى التعليم من قيام الخدمات التعليمية على حساب الأنشطة الرياضية والتربية . كما أوضح ظاهرة انخفاض المستوى الرياضى ، نتيجة لانخفاض المستوى العام الصحى والثقافى والاجتماعى ، ولعدم توفير الامكانيات ، وقلة الاحتكاك الدولى ، وعدم الاستقرار فى التنظيمات والأجهزة المعنية ، نتيجة عدم استقرار التشريعات الحاكمة للرياضة .

وقد تضمن كل تقرير من هذين التقريرين التوصيات الكفيلة بتنفيذ مقترحاته ، سواء على المدى البعيد أو القريب .

الايضاح الراهنة للتربية الرياضية

وتعتبر هذه الدراسة استكمالاً لما سبقها من دراسات وتقارير المجلس فى اطار سياسات رعاية الشباب ، وخاصة بالنسبة للرياضة والتربية الرياضية ، سواء من ناحية التعليم والرياضة ، أو من ناحية الأسلوب المقترح للنهوض بها .

التعليم والرياضة

نص الدستور على أن التعليم حق تكفله الدولة ، وهو الزامى فى

المراحل الابتدائية ، وتعمل الدولة على مد الإلزام الى مراحل أخرى . وأن التعليم فى مؤسسات الدولة التعليمية مجانى فى مراحله المختلفة .

وكان من نتيجة ذلك ، أن مراحل التعليم المختلفة تضم حوالى خمس تعداد الشعب المصرى ، حيث يبلغ عدد الطلاب تسعة ملايين ، من مجموع السكان البالغ قدره خمسة وأربعين مليوناً ، أى بنسبة ٢٠ ٪ . وتبعاً لما جاء فى الدستور من أن الدولة ترعى النشء والشباب وتوفر لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم - تعتبر التربية الرياضية منهجاً من مناهج التعليم فى مختلف مراحله .

ويرغم اعتبار التربية الرياضية مادة أساسية بالخطة الدراسية ، إلا أن منهجها لا يتيسر تحقيقه ، بالنسبة لهذه الأعداد الكبيرة ، بجميع مراحل التعليم .

واقع الحال :

ويخلص واقع الحال ، وما تخضع له التربية الرياضية بالمدارس المصرية - من حيث : وضعها فى برامج تحديث التعليم ، والتنظيم ، ومستويات التنفيذ ، والامكانيات ، وأثر الناتج على المستوى الرياضى بالجامعات - فى النقاط المرجزة الآتية :

(١) التربية الرياضية فى برامج تحديث التعليم :

أخذت مصر بنظام التعليم الأساسى ، حيث جاء قانون التعليم الجديد عام ١٩٨١ ، بمد فترة الإلزام الى تسع سنوات ، تشمل المرحلتين الابتدائية والاعدادية على أن يطبق فيهما نظام التعليم الأساسى .

وقد اهتم هذا التعليم بدعم الثقافة المهنية والمعلومات العملية ، ويؤكد ذلك ، اتجاه المقررات الجديدة الى مجالات : الاقتصاد المنزلى ، والتربية الزراعية ، والتربية الفنية ، والعمل التجارى وغيرها ، لاكتساب التلميذ المهارات والخبرات ذات الصلة بالحياة اليومية .

ويرغم ما توليه الدولة من أولوية لهذا التعليم ، وما تدبر له من امكانيات ومستلزمات تعليمية ، فلم تبرز مناهج لمجال « التربية الرياضية » ولا لبيان التلميذ نفسه ، وهو العنصر الرئيسى - بتكوينه الخلقى والنفسى

والصحي والاجتماعي - في نجاح كل ما سبق أو فشله .

(٢) الادارة والتنظيم : ويخلص واقعها فيما يأتي :

- ان دروس التربية الرياضية لها الصفة الاجبارية بون التزام بالتنفيذ .

- ان المناهج قائمة على نشاط مختار ومتدرج بما يتناسب مع خصائص تلاميذ المرحلة .

- ان البرنامج يتضمن نشاط تعليم مبادئ التربية الرياضية للمراحل الدراسية ، ونشاط تطبيق هذه المبادئ خارج الدرس ونشاط تنافس الفرق والمسابقات خارج المدرسة .

- يباشر التعليم الرياضي مدرس مؤهل من خريجي كليات التربية الرياضية ، أو معاهدا المتوسطة السابقة أو شعب التربية الرياضية بدور المعلمين والمعلمات ، وحيانا (بالمدرسة الابتدائية) مدرس الفصل .

- يخطط لمناهج التربية الرياضية وبرامجها مركزيا على مستوى الوزارة .

- يخضع تنفيذ المناهج لتوجيه وإشراف موجهي المادة بكل مرحلة تعليمية . بينما يخضع تنفيذ برامج النشاط التطبيقي والتنافسي للإدارة العامة للتربية الرياضية بالوزارة وعلى مستوى المحافظة ، وتباشر الإدارات المختصة بالتربية الرياضية بالمناطق التعليمية الإشراف والتوجيه لتنفيذ المناهج داخل الدرس ، وبرامج النشاط الرياضي خارج الدرس وخارج المدرسة في دائرة المحافظة .

- ان المصدر الرئيسي للإنفاق على النشاط الرياضي بالدرس وخارجه هو : الرسوم المقررة المحصلة من التلاميذ القادرين ، والتي تؤل إلى صندوق التمويل الاهلي للشباب والرياضة .

- ويضيف المجلس الاعلى للشباب والرياضة برنامجا للطلاب في مراحل السن من ٦ الى ١٨ ، ويموله باعتمادات اضافية من مخصصات قطاع الطلائع بموازنة المجلس الاعلى للشباب والرياضة .

٣٥٦

- ان امكانيات تنفيذ برامج التربية الرياضية والنشاط الرياضي بقطاع التعليم محدودة بمساحات الافنية والفراغات في نماذج التصميم الانشائي للابنية المدرسية ، والتي غالبا ما تنتقص ببناء فصول ومنشآت تعليمية جديدة .

(٣) الامكانيات :

وتواجه التربية الرياضية بمراحل التعليم مشكلات تناقص الامكانيات ، وخاصة في المقومات الرئيسية لتنظيم الخبرة التعليمية وتطبيق المنهج بمفهومه الحديث ، الذي يتضمن : المقررات الدراسية ، والطريقة والنشاط والوسيلة ، وأساليب التقويم ، والحياة المدرسية بكل جوانبها ، والعلاقة بين هذه المكونات - كما أكد ها مؤتمر التعليم بالدولة العصرية (فبراير ١٩٧١) - علاقة عضوية وثيقة ، وليست مجرد علاقة اضافية أو جوار .

ومن أهم ظواهر القصور في الامكانيات ما يأتي :

(أ) بالنسبة للملاعب :

بلغت الزيادة في عدد تلاميذ مراحل التعليم العام ، خلال السنوات العشر من ١٩٦٦ الى ١٩٧٦ ، مليوناً وستة وستين ألفاً وأربعمائة وثلاثة وأربعين تلميذاً (١٠٠٦٦٠٤٤٣) ، بنسبة قدرها ٢٠ ٪ .

كما قابل الزيادة في عدد التلاميذ زيادة في عدد الفصول - في المدة نفسها - بمقدار ٥١٣٦٠ فصلا ، بنسبة قدرها ٤٣ ٪ ، الا انه لم يقابل هذا الزيادة اية زيادة تذكر في امكانيات تدريس التربية الرياضية لهؤلاء التلاميذ ، من ملاعب واجهزة وادوات ، بل لوحظ أن معظم الفصول الجديدة المشار اليها ، قد قامت على حساب الملاعب والمساحات الخضراء القائمة .

ويتضح من ذلك ان تحقيق النمو في امكانيات التدريس للمواد العلمية يتناسب تناسبا عكسيا مع نمو امكانيات الانشطة التربوية ، واهمها الالعب الرياضية ، ويصبح بذلك تطبيقا مخالفا للفلسفة النظرية لتحديث التعليم واتجاهات تطويره لمقابلة متطلباته للمجتمع في مصر .

كما أسفر البحث عن وجود الآتى :

٤١٤٣ - مدرسة ابتدائية بنسبة ٧٢,٣٪ ، تبلغ مساحة الأفنية والملاعب بكل منها ٥٠٠ متر مربع .

٩٦٣ - مدرسة اعدادية بنسبة ٧٥,٥٩٪ .

٥٤٤ - مدرسة ثانوية بنسبة ٧٠,١٪ ، وتقل مساحة الأفنية والملاعب بكل منها عن ١٠٠٠ متر مربع .

وإذا اتجهنا الى تطبيق نظام اليوم المدرسى الكامل لتوفير وقت للنشاط خارج الدرس ، فان ذلك لن يتحقق الا بالمدارس التى تعمل لفترة واحدة يوميا .

(ب) بالنسبة للمعلمين :

ويتولى تدريس التربية الرياضية بالمدارس بمراحل التعليم العام :

١٤٦٨ - معلما ، حاصلون على مؤهل عال ، بنسبة ٤١,٢٪ من جملة معلمى التربية الرياضية .

١٨٧٠ - معلما حاصلون على مؤهل متوسط بنسبة ٥٢,٥٪ .

٢٢٦ - معلم خبرة ، بنسبة ٦,٢٪ .

وفيما يختص بمدى توفر مدرسى التربية الرياضية ، فانه توجد :

٢٣٠٤ - مدرسة بها مدرس تربية رياضية مؤهل مقابل كل ٥٠٠ تلميذ بالمرحلتين المختلفتين .

٩٣٥ - مدرسة بها مدرس مؤهل لكل ٧٠٠ تلميذ .

٢٦٢ - مدرسة بها مدرس تربية رياضية مؤهل لاكثر من ٧٠٠ تلميذ .

ويشرف على توجيه التربية الرياضية ١٦٨ موجه بالمرحلة الابتدائية و٤٧ بالاعدادى و٤٣ بالثانوى .

وتشير النشرة الاحصائية لوزارة التعليم عام ١٩٧٥ ، الى أن النقص فى عدد مدرسى التربية الرياضية بلغ ٨٥٧٣ بنسبة ٨٣٪ فى مدارس المرحلة الابتدائية ، و١٤٩٠ بنسبة ٣٩٪ فى مدارس المرحلة الاعدادية و١٢٣٦ فى مدارس المرحلة الثانوية بنسبة ١٢٪ .

وهذا يعنى انه من بين كل ١٠٠ طالب يلتحقون بمرحلة التعليم الجامعى ، يوجد حوالى عشرة طلاب فقط هم الذين تلقوا دروسا فى التربية الرياضية على مدى المراحل التعليمية السابقة .

وذلك بالاضافة الى ان كل ١٠٠ طالب مقيد فى المدارس الثانوية ، من بينهم ٥٣ طالبا تلقوا دراستهم فى المراحل التعليمية السابقة ، بمدارس هى أصلا بيوت أو منازل مؤجرة وبالتالى ليس بها أفنية أو ملاعب يمكن للطلاب أن يمارسوا فيها أنشطة رياضية .

وان من بين كل ١٠٠ تلميذ بالمدارس الابتدائية ، يوجد ٦٦ فقط ملحقون بمدارس بها أفنية ، بصرف النظر عن المواصفات والمساحات القانونية للملاعب الرياضية المقررة بالمنهج التعليمية ، ومدى تناسبها مع عدد التلاميذ والفصول والساعات ، المدرجة بالخطة الدراسية . وتوضح هذه الأرقام مدى التخلف الذى تعانيه مادة التربية الرياضية ، رغم ما أجمعت عليه الآراء من أهميتها فى تحقيق اهداف النمو المتوازن للمواطن ، وتكامل الشخصية ، وغرس العادات والاتجاهات السلوكية المطلوبة .

(ج) بالنسبة للجامعات :

تفاقت ظاهرة تناقص الامكانيات وعدم تناسبها مع زيادة الطلاب والمنشآت العلمية بالجامعات ، حيث أسفر البحث عن تناقص الملاعب بالجامعات عددا ونوعا ، بنسبة ٣٢,٥٪ عام ٧٧/٧٦ عما كانت عليه من قبل . بينما تزايد عدد الطلاب من ١٤٤٩٨١ الى ٣٠٥٦٨٥ بنسبة ٢٢٦٪ عما كان عليه .

وعلى سبيل المثال : فان ملاعب جامعة القاهرة تتركز فى استاد الذى بدئ فى انشائه فى نهاية الثلاثينات على مساحة ٤١,٣ فدان ليستوعب ٦٥٢٦ لاعبا ، وقد انكشفت مساحته الآن لحوالى ١٠ أفدنة ، بينما بلغت زيادة عدد الطلاب بالجامعة نحو ١٨ ضعفا عام ٨٠/٧٩ . وفى جامعة الاسكندرية : استقطعت صالة التدريب بكلية الزراعة لاقامة مكاتب ادارية عام ١٩٧٨ ، كما استبعدت مجموعة الملاعب الرياضية

للسلة والطائرة والتنس ، لبناء مدرجات كلية الطب .

هذا بالإضافة الى ما آلت اليه نسبة الممارسين للرياضة بالجامعات . فقد اشارت الاحصائيات الى ان عدد الممارسين لنوع من النشاط الرياضي بالجامعات المصرية عام ١٩٥٥/٥٤ كان ١٣٪ من مجموع الطلاب المقيدين ، وهبطت هذه النسبة الى ٦.٢٣٪ عام ١٩٧٧/٧٦ ، ثم بدأت في زيادة طفيفة عام ١٩٧٨/٧٧ ، حيث بلغت ٧.٧٧٪ من مجموع الطلاب . وليس هناك اهتمام بالتدرج الاحصائي والعلمي لمعرفة ما وصلت اليه الحال عام ١٩٨٤/٨٣ ، ورغم تطور الميزانيات ، ومضاعفة الاعتمادات المالية المخصصة في موازنة المجلس الاعلى للشباب والرياضة ، والتي تؤول الى صندوق التمويل الاهلي .

ولما كان نصيب الفرد من طلاب الجامعة قد بلغ في المتوسط ثلاثة جنيهات في عام ١٩٨٣ ، فهي لا تصل الا لتلك النسبة الضئيلة في الاعداد المكونة للفرق الرياضية .

ومن ثم فانه ليس مستغربا هبوط مستوى الاداء الرياضي في الجامعات المصرية ، على الصعيدين المحلي والعالمي ، بالرغم من التقدم العلمي والتكنولوجي في مجال الرياضة والتدريب الرياضي والعلم المصاحبة .

ويؤيد هذا ان بعض الذين مثلوا مصر في دورة الجامعات الافريقية عام ١٩٧٩ أبطال من خارج الجامعة .

نحو اسلوب للنهوض بالرياضة والتربية الرياضية :

وفي ضوء هذا الواقع ، والمؤشرات العامة ، والمقارنات بين الفلسفة النظرية واتجاهات التطبيق العملي - يجدر البحث عن صيغة ذات فاعلية - تهتم بالاعتبارات الاساسية والخطوات العملية :

اعتبارات أساسية : ويأتى في مقدمتها :

• الواقع المصرى ، وعلى الأخص امتعاضات أولى الامر الحقيقية بشأن ضرورة الثقافة الرياضية .

• ما توصل اليه العلم من : وحدة الانسان التي لا يمكن الفصل فيها

بين الجسم والعقل والروح ، وهو الأساس الذى تقوم عليه نظريات التربية الحديثة ، وتستمد منه التربية الرياضية مكانتها في التربية .

• ما تفرضه ضرورات الحياة - وخاصة بالنسبة للشعوب النامية - من أهمية تلبية الحاجات المادية والتي لا تسمح للعب بأن يسبق السكن أو رغبة العيش في اهتمامات الدولة .

• ان الرياضة وهي لعب منظم تفرض نفسها كمحتوى له فاعلية كبرى في التربية .

• ان التعليم باعتباره ضرورة للحياة والمواطنة الصالحة ، لا ينبغي ان تزدهم مناهجه ، فقط بالعلوم والمعارف ، دون الخبرات والتجارب المشبعة لحاجات الانسان الطبيعية ، وفي مقدمتها « الرياضة البدنية » لارتباطها بالقيم الصحية والاجتماعية ، ولأنها ميل فطرى في الانسان . خطوات عملية : ويأتى في مقدمتها :

• ان تعنى المدرسة بالتربية المرنة للشخصية المتكاملة المنسجمة في سماتها مع القيم الايجابية السائدة في المجتمع .

• توافر برنامج تعليم تروى مثير لحماس التلاميذ مشبع لحاجاتهم الطبيعية فمن الملاحظ ورغم ارتباط اللعب بميول ورغبات التلاميذ ، انهم يعزفون في كثير من الاحيان عن دروس التربية الرياضية بصورتها الحالية .

وحتى يمكن تحقيق النهوض بالرياضة ، ينبغي أن يتأكد الوعى بأهميتها وأن تكون ذات صلة مباشرة بوظيفة المدرسة ، وموقف التلميذ من الالتزام باستيعاب المناهج المقررة ، واجتياز اختباراتنا بنجاح يشعره بمكانته من خلال الامتعات المحيطة به ، بدءا من الوالدين والمعلمين ، واقترائه بالبيئة والمسؤولين عن التعليم ، وما يتمتع به من حوافز تعمق اهتماماته بالنجاح فيما يتعرض له من اختبارات .

لذلك فان الأسلوب العملي المناسب للنهوض بالتربية الرياضية ، في اطار السياسة التعليمية وفلسفتها المقررة ، هو المبادرة بتقنين التربية الرياضية كمادة تعليم اساسى للمواطنة الصالحة ، وجعلها بالتدريج على

مراحل مادة إجبارية يشترط اجتياز اختباراتهما ، أسوة بمثيلاتها من المواد التربوية في الخطة الدراسية المقررة .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات وآراء ، وعلى ما اتخذته المجلس في دورته الثانية من توصيات في شأن : الاطار العام لاستراتيجية الشباب ، والتربية الرياضية ، يوصى بالآتي :

أولاً : أهمية الرياضة والتربية الرياضية :

* التأكيد على أهمية الرياضة والتربية في تنشئة الفرد ، وصون قدراته البدنية والذهنية . وذلك من خلال ما يأتي :

– ضمان كفاءة انتفاع كل مواطن بالتربية الرياضية والرياضة .
– دعم دور الرياضة التربوي تعزيزاً للقيم الانسانية الاساسية ، والتي هي منطلق التنمية .

– اعتبار التربية الرياضية والرياضة عنصراً أساسياً من عناصر التربية المستديمة وتحديث النظام التعليمي بمصر .

– ان تعنى المدرسة بالتربية المتزنة للشخصية المتكاملة المنسجمة في سماتها مع القيم الايجابية السائدة في المجتمع – الى جانب عنايتها بخدمة المعرفة العقلية للحصول على المؤهلات العلمية – وذلك عن طريق برامج النشاط التربوي المثير لحماس التلاميذ والمشييع لحاجاتهم الطبيعية .

ثانياً : تنمية الوعي الرياضي :

* ان الوعي بالأهمية الحقيقية للرياضة هو المفتاح الاساسي للنهوض بها ، ونجاح مهمتها ، ويقتضى ذلك :

– الاهتمام بالرياضة للجميع ، وتوسيع قاعدة الممارسين للنشاط الرياضي ، والعمل على توفير وتنمية امكانيات الرياضة من نقاد ومنشآت وملاعب وانوات وتنظيم شغل واستثمار أوقات الفراغ ، واثارة الوعي لدى المواطنين من مختلف القطاعات ومراحل السن وكلا الجنسين .

والنظر في الموافقة على مشروع « العيد الرياضي » المرفق مراحل

التنفيذية لاقامة أول عيد رياضي عام ١٩٨٧ .

– العمل على توفير وتنمية المنشآت الرياضية وفقاً للنظم والقواعد العالمية ، وبما يتفق ويتناسب مع أهداف التطوير والتنمية القومية في إطار سياسة علمية ثابتة تعنى بوضع الأولويات ، ودراسة القائم منها ونسبة الاستفادة منه والعائد المنتظر من تغطية النقص ، وحجمه التقديري لتغطية الجمهورية وأسس التوزيع الجغرافي ، ومصادر التمويل والبرنامج الزمني ، ونسبة الاستيعاب الى تعداد السكان مع كل مرحلة تنفيذية .

– النظر في انشاء هيئة قومية للمنشآت الرياضية (وفق المشروع المرفق) يكون من مهامها انشاء وإدارة وصيانة هذه المنشآت بعد أن تضع خطة لذلك وفق أولويات محددة وفي حدود الموارد المتاحة . وفي هذا الصدد سبق للمجلس في دورته الثانية أن اقترح اعطاء أولوية لانشاء سلسلة من حمامات السباحة في المدن والريف بحيث تغطي جميع الاحياء في المدن الكبرى وعواصم الأقاليم وفق برنامج زمني محدد .

ثالثاً : التعليم الرياضي :

* ان تكون البرامج الرياضية ذات صلة مباشرة بوظيفة المدرسة وبموقف التلميذ من الالتزام باستيعاب المقرر من المناهج الدراسية ، واجتياز اختباراتهما ، وموقف الوالدين ، وأولى الامر بالمدرسة والادارة التعليمية ، والأجهزة المركزية المعنية بالتعليم وبتطويره وتحديثه .

– مع استثمار القيم التربوية في الرياضة عن طريق تطبيق برامجها بفاعلية تتناسب مع جدية الإعداد ، والعمل على توفير الامكانيات الضرورية لتكامل مناهجها من موقع الاحساس بالمسئولية لكل من المعلم والمتعلم وولى الامر .

ومن ثم فإن الأمر يتطلب تنفيذ ما يأتي :

– تقنين التربية الرياضية كمادة تعليم اساسي للمواطنة الصالحة ، وجعلها مادة إجبارية ، ويشترط اجتياز اختباراتهما ، أسوة بمثيلها من المواد التربوية .

مجال الرياضة ، للمعاونة على التخطيط ، ورسم السياسات ، وصناعة القرارات فى هذا المجال ، وذلك عن طريق ما يأتى :

- انشاء قاعدة بيانات فى اطار عمل ومسئوليات الجهة الادارية المختصة بالرياضة وخدمات الشباب كركيزة واساس موضوعى فيما تستهدفه الأبحاث والدراسات وما يجب ان يبنى عليه التخطيط ورسم السياسات وتقدير التمويل والمتابعة والتقييم ، وسلامة اتخاذ القرارات .

ومرفق أربعة مشروعات بمقترحات عن الموضوعات التى ورد ذكرها بالتقرير وهى :

- مشروع تقنين مادة التربية الرياضية .
- مشروع المدارس الرياضية .
- مشروع الأعياد الرياضية وبورها فى رعاية الشباب .
- مشروع بانشاء وتنظيم هيئة للمنشآت الرياضية .

ملحق رقم ١

مشروع تقنين مادة التربية الرياضية

يهدف المشروع الى تقنين التربية الرياضية ، باعتبارها مادة تعليم اساسى للمواطنة الصالحة ، لجعل التربية الرياضية مادة اجبارية ، يشترط ان يجتاز التلميذ اختياراتها بنجاح ، اسوة بالمواد الاخرى .

ويشمل التقنين العناصر الآتية :

- المنهج والمحتوى .
- الأهداف وإحالتها الى مستويات متدرجة يمكن قياسها .
- وضع معدل للإمكانات والأدوات اللازمة لتنفيذ المنهج المقرر ، على أساس وحدة الفصل بالنسبة للنشاط التعليمى والتطبيقات .
- تحديد عناصر الاختيار لمستويات اللياقة البدنية ، وأسس المهارات الحركية ، ومظاهر السلوك العام ، وترجمتها الى درجات معيارية .
- وضع مجموعة اختبارات للسنوات والمراحل ، تطبق على فترات ، مع اختبارات المواد الدراسية الاخرى بالخطة المدرسية .

- الموافقة على الخطوات التنفيذية لاجبارية الرياضة بالتعليم - بالتدريج وعلى مراحل - وفقا لما ورد بمشروع تقنين مادة التربية الرياضية بالمدارس - المرفق - وعلى أن يبدأ بتنفيذه على سبيل التجربة بعدد من مدارس التعليم الاساسى والتعليم العام .

- العناية بالموهوبين ورعاية نوى الاستعدادات الرياضية من التلاميذ للارتقاء بالمستوى ، وصولا لمراتب البطولة . والموافقة على مشروع انشاء المدارس الرياضية ، بعد تصويب مسارها ، وفقا للقواعد والشروط التى تكفل مواجهة السلبات التى اسفر عنها التطبيق والممارسة الفعلية . اذ ان ما ظهر بهذا النظام من سلبات عند تطبيقه لا يحول دون الانتفاع بفوائده ومزاياه - على أن يطبق البرنامج المطور لهذه المدارس الرياضية على سبيل التجريب على عينة من المحافظات .

* لما كانت قضية التمويل تفرض نفسها بالنسبة لكافة المقترحات ، فان المجلس يرى انه فى مجال النشاط الرياضى يتعين اللجوء الى مصادر التمويل الذاتى ، بجانب ما يخصص لهذا النشاط فى الميزانية حتى لا يقع العبء كاملا على عاتق الدولة ، ومن مصادر التمويل الذاتى المقترحة :

- ما يخصص من صندوق الخدمات فى المحافظات باعتبار الرياضة من أهم هذه الخدمات .
- الهبات والتبرعات غير المشروطة .
- الدخول الناجمة عن الانشطة الرياضية المختلفة كالمهرجانات وغيرها عن طريق مصادر متنوعة من بينها :
- × قيمة تذاكر دخول المتفرجين والمجموعات .
- × دخل الاعلانات المختلفة اثناء المباريات .
- × ما تدفعه وسائل الاعلام من اذاعة وتليفزيون نظير نقل المباريات .

رابعا : توفير نظم المعلومات :

* الاهتمام بتوفير نظم حديثة للمعلومات واستيفاء البيانات ، فى

ويشترط اجتياز التلميذ اختبارات مادة التربية الرياضية بنجاح ،
في اطار الدرجات المعيارية للمناهج المقررة (اسوة بما هو متبع بالنسبة
للمواد التربوية الفنية او العسكرية والبدنية وغيرها) .

مشكلات التطبيق :

اما عن المشكلات والصعوبات التي يمكن أن تواجه هذا النظام ، في
ظل الأوضاع الراهنة للتعليم والمدارس ، وخاصة في بداية تطبيقه ،
فيمكن تصورها على النحو الاتي :

- تفاوت امكانيات المدارس بالمرحلة التعليمية الواحدة وما يتطلبه
تدريس المادة ووحدات النشاط الرياضي من مساحات وأفنية وأدوات .
- العجز في عدد معلمي التربية الرياضية المؤهلين ، ومعدل وفترتهم
لكل مدرسة قياسا الى معدل وفرة معلمى المواد الاخرى ، بالنسبة لوحدة
الفصل .

- تفاوت ظروف المدارس في الوقت المتاح ، سواء للدرس أو للنشاط
خارجي ، وموعدها من ساعات اليوم المدرسى في ظل وجود نظام
الفترات .

- طبيعة الاختبارات للتربية الرياضية ، كمادة عملية متصلة بالعلم
والحركة والسلوك ، ومدى الاطمئنان الى موضوعيتها ، خصوصا فيما
يناسب تدرج السنوات الدراسية ، ومن مرحلة لآخرى .

- التمويل ومصادره ، لمقابلة أدوات المنهج ومتطلباته ، ومصروفات
النشاط وبرامجه وانتقالاته خارج الدرس والمدرسة ، على أساس وحدة
الفصل بالنسبة للخطه ، ووحدة الملاعب والفريق بالنسبة للتنافس
الخارجي .

- العلاقة التنظيمية بين الادارات التعليمية بالمحافظات ، وموجهي
المواد بالوزارة ، وبينها وبين أجهزة المجلس الاعلى للشباب والرياضة
واهتماماته ، ومسئولية وضع الاختبارات وتقييم النتائج (ولعل تجربة
المدرسة الثانوية الرياضية توضح جانبا من المشكلة) .

- دور كليات التربية الرياضية ، ومناهج إعداد المعلم ، والادارات

التعليمية ، ومسئوليات الرقابة والتوجيه ، وموقف المعلم ازاء تنفيذ الخطه
واجراء الاختبارات واعداد النتائج .

مقترحات التنفيذ :

ولعل من المفيد الاشارة الى بعض المقترحات كحلول لهذه المشكلات ،
والنظر في دراستها والعمل على إقرار المناسب والممكن ، مع الاستفادة
بخبرات المتخصصين والمسؤولين بالأجهزة المعنية في دراستها .
وأهم هذه المقترحات ما يلي :

- وضع المنهج على أساس تدريبي يتدرج لعناصر اللياقة البدنية ،
وتعليمي لمبادئ المهارات الحركية ، بما يتناسب مع الحد الأدنى المشترك
للامكانيات بمدارس المرحلة التعليمية الواحدة . ويكون التوسع في المنهج
اختياريا بالنسبة لظروف كل مدرسة مع ايضاح جانب الثقافة الرياضية
وعلاقتها بالحياة والمجتمع .

- العمل على زيادة ساعات التربية الرياضية بالخطه ، ساعة واحدة
اسبوعيا ، لمقابلة اعباء الاختبارات ، لتتم خلال ساعات الدرس وليس
خارجي ، مع النظر في تخصيص وقت يكمل ساعات الخطه الدراسية
الى ما يعادل ٦ ساعات اسبوعيا (بمعدل ساعة نشاط في اليوم) .

- احتساب نصاب مدرس التربية الرياضية على أساس : مجموع
الساعات داخل الخطه ، وساعات النشاط خارجيها ، والجزاء عن
الساعات الزائدة عن النصاب بمعدل مناسب ومشجع .

- اختبار ثلاث عناصر اساسية في اللياقة البدنية : قوة - توافق -
جلد ، للبدء في تكوين مجموعة الاختبارات الموضوعية ووضع جداول
الدرجات في مادة التربية البدنية .

ويختار التلميذ لعبة واحدة من المنهج المقرر لاختيار مبادئ المهارة
الحركية . وينظر في اختبار نظري للمعلومات ، يضاف اليه نسبة من
الدرجة عن ملاحظة السلوك في مجال تطبيق المنهج .

- احتساب نصيب المدرسة من مدرس التربية الرياضية على أساس
عدد الفصول بها ووضع خطة توفير وتنمية هيئات تدريس التربية

ويطبق ، على سبيل التجربة ، على مجموعة مختارة من مدارس التعليم
الأساسي ، ومجموعة أخرى من المدارس بكل مرحلة من مراحل التعليم
العام .

وان ينظر - تدريجيا - في التعميم وإقرار قواعد التطبيق على
مختلف المراحل .

ملحق رقم ٢

مشروع المدارس الرياضية

واجهت مصر في الثلاثين سنة الأخيرة مشكلة التوسع في التعليم ،
مما أدى الى العناية بالكم دون الكيف ، وتسبب في عدم استثمار
المواهب لدى بعض الطلاب ، ومنها المواهب الرياضية ، وارتفاع مستوى
لياقتهم البدنية .

ومن ثم كان التفكير في انشاء مدارس خاصة للموهوبين الرياضيين
، فانشئت مدرسة ثانوية رياضية عام ١٩٦٨ - وهي مدرسة ثانوية عادية
يلتحق بها أصحاب المواهب الرياضية من طلبة المدارس الثانوية .
وكانت الدراسة في هذه المدرسة الثانوية الرياضية داخلية ، وتشمل
الدراسة والاقامة والتغذية والعناية بالتربية الرياضية ، والتدريب على
مختلف الالعاب .

ولقد نجحت هذه المدرسة - رغم قصر عدد سنن دراستها التي
كانت ثلاث سنوات فقط - من الناحية العلمية ، اذ تفوق طلبتها في
الامتحانات العامة ، كما تفوقوا في مستويات لياقتهم البدنية وفي
مختلف الالعاب الرياضية .

وتخرج فيها ابطال كثيرون مثلوا مصر في بطولات العالم والدورات
الاولمبية .

اما بالنسبة للنتائج العلمية فان كثيرا من الخريجين التحقوا بكليات
الطب والهندسة والتجارة والكليات العسكرية ، وكليات التربية الرياضية .
وكان التخطيط ان يزداد عدد سنن الدراسة الى ست سنوات ، وان
تقام هذه المدارس بعواصم المحافظات ، لاجتذاب اصحاب المواهب

الرياضية ، وتطوير كليات التربية الرياضية ومراجعة سياسة التوسع
ونظام القبول ، وتحديد الحد الأدنى من الامكانات لإعداد المعلم القدوة .
واعتبار مطالب اعداد مدرّس التربية الرياضية مسئولية وزارة التعليم
والجامعة ، أسوة بمطالب كل كلية متخصصة في اعداد خريجها .

- توحيد البنية التنظيمية لهيكل الجهاز المختص بالتربية الرياضية
والرياضة ، بقطاع التعليم ، على المستوى المركزي ، وتحديد العلاقة بينه
وبين الاجهزة العاملة في مجال الشباب والرياضة خارج الوزارة ، بحيث
يكون الاختصاص والمسئولية الرئيسية للتعليم ضمانة لتنشئة الطالب ،
وتنمية الولاء والانتماء لجماعته ومدرسته ومجتمعه .

- اختيار الجهاز المختص بالتربية الرياضية بقطاع التعليم (هيئة
رياضية) وصدر قرار من وزير التعليم بتنظيم واختصاصات المسؤولين
من ادارة هذه الهيئة وعلاقة نشاطها بنشاط الوزارة ومديريات التعليم ،
وعلاقتها بالاندية والاتحادات الرياضية ، واجهزة المجلس الاعلى للشباب
والرياضة . ويكون رئيسها ممثلا للتعليم في تشكيل المجلس الاعلى
للشباب والرياضة ، ضمانة للتنسيق والتكامل في رسم السياسة ،
ومتابعة التنفيذ .

هذا ويقترح ان تتناول دراسة هذه المقترحات مجموعة عمل من
المختصين والمعنيين بالتعليم والشباب والرياضة يضم الى عضويتها :
من وزارة التعليم : مستشار المادة وموجه العموم بالمراحل الثلاث ،
ومدير عام الادارة العامة للتربية الرياضية بالوزارة .

ومن كليات التربية الرياضية : رئيس قسم كل من مواد : اصول
التربية الرياضية والتمرينات ، والالعاب ، والمواد التربوية .

ومن المجلس الاعلى للشباب والرياضة : رئيس قطاع الطلائع ،
ومدير عموم التخطيط والخدمات المركزية بقطاعي الشباب والرياضة ،
واخصائي الطب الرياضي . (كما يدعى لمناقشة النتائج مدير ادارة
الامتحانات بوزارة التعليم) .

على أن يصدر ، بنتائج هذه الدراسة ، قرار من السلطة المختصة .

الرياضية ورعايتهم ، وقد بنيت مدرسة حديثة بأرض استاد القاهرة ونقلت اليها تلك المدرسة . وبعد ذلك تم الفأؤها نهائيا بعد ان خرجت عن الشروط المقررة لقبول الطلاب ، اذ قبلت المدرسة في أحد الاعوام ١٦٨ طالبا بالسنة الاولى كان منهم ١٦٣ طالبا دخلوا استثناء من المجموع ، ولم يوفق عدد منهم في الناحية العلمية .

ونظرا لعدم وجود امكانات بأغلب المدارس العادية في مستويات التعليم المختلفة من ملاعب وانوات رياضية فان اقتراح العودة الى انشاء المدارس الرياضية يسهم في رفع مستوى الرياضة ، وبخاصة بالنسبة لفرق مصر القومية .

أهمية انشاء هذا النوع من المدارس :

وتخلص أهمية انشاء هذا النوع من المدارس في الاغراض التي يمكن ان تحققها ، وفي مقدمتها :

– رعاية المتأزمين والموهوبين من الطلبة الرياضيين بالمدارس واتاحة الفرصة كاملة لهم للوصول الى اعلى مراتب البطولة .

– إيجاد مورد لمد الفرق الرياضية الاملية التي تمثل الدولة في المجالات الرياضية العالمية بالعناصر الممتازة من اللاعبين .

– اعداد فئة من الطلبة تناسب احتياجات كليات التربية الرياضية والكليات العسكرية بالاضافة الى رفع مستوى الرياضة بالكليات المختلفة بالجامعات التي يلتحق بها خريجو هذه المدارس .

النظام المقترح

– ان يلحق بالمدرسة التلاميذ من بداية المرحلة الاعدادية ، ويتدرجون بالسنوات التالية حتى نهاية المرحلة الثانوية وبذلك تكون الدراسة بالمدرسة ٦ سنوات دراسية .

– ان يشتمل المنهج على الرياضات الأساسية والالعاب الجماعية ، وفقا لأسبقية اللعاب ، كما يلي :

اللعاب قوى – الجيمباز – السباحة – كرة القدم – كرة السلة – الكرة الطائرة – كرة اليد – وما يمكن ان يضاف من الالعاب الاخرى للمنهج .

– يبدأ التنفيذ في هذه المدارس بعدد ٢٠٠ طالب ، يوزعون على الالعاب المختلفة في السنة الاولى من المدرسة (تقابل السنة الاولى الاعدادية) على أن يقبل ٢٠٠ طالب جديد كل عام ، حتى تستكمل المدرسة ، وتكون قوتها الدائمة ١٢٠٠ طالب .

– تكون الدراسة بهذه المدارس مجانية .

الاماكن المقترحة لتنفيذ هذه المدارس :

– بالنسبة لمدرسة محافظة القاهرة ، يقترح نفس المكان الذي بنى خصيصا للمدرسة الثانوية الرياضية واستعملته قبل الفأؤها .

– بالنسبة لتنفيذ مدارس في المحافظات ، يقترح استغلال استادات المحافظات فهي انسب مكان لانشاء مدرسة رياضية لما يتيح ذلك من استغلال لكل امكاناتها من ملاعب ومبان . واذا احتاج الامر لتعزيز المباني لاستيعاب عنابر النوم والفصول الدراسية ، فيمكن اقامة مبنى جديد ملحق بالاستاد ، وضمن مساحة أرضه .

شروط اختيار الطلبة :

وينبغي أن يراعى عند اختيار الطلبة لهذه المدارس مجموعة من الشروط ، أهمها :

– ان يكون مجموع الطالب عند الالتحاق بالمدرسة مؤهلا للقبول بالمدارس الاعدادية الحكومية ، ولا يسمح بالاستثناء ، حتى لا يقبل ضعاف المستوى علميا . كما حدث في المدرسة الثانوية الرياضية ، فآثر على نتائجها العلمية .

– الامتياز الرياضي ، أو استعداد في القدرات الرياضية ، بجانب الامتياز العلمي .

– اجتياز مجموعة من الاختبارات الخاصة ، التي توضع بمعرفة الاختصاصيين .

– اجتياز فحص طبي خاص .

– اذا زاد عدد الرياضيين الناجحين في الاختبارات عن العدد المطلوب ، يفضل المتقدمون علميا .

- وضع معدل للألوات والامكانيات الرياضية الواجب توافرها بالمدرسة .

شروط الاستمرار بهذه المدارس :

تحديد مجموعة من الشروط لاستمرار الطالب بهذه المدارس ، أهمها ما يأتي :

- اذا لم يوفق الطالب في دراسته العلمية او الرياضية بناء على ما تقرره لجنة التربية الرياضية ، يحول الى أقرب مدرسة الى منزله ليلحق بها في نفس الصف الذي وصل اليه .

- لا يصرح للطلبة بالاشتراك في التدريب او المباريات الرياضية مع احد فرق الاندية او الهيئات الرياضية الاخرى ، الا باذن كتابي من ادارة المدرسة .

- في حالة عدم استمرار الطالب في الدراسة بالمدرسة ، لسبب لا يقره مجلس ادارتها ، يكون ملزما برد النفقات الاضافية التي تحملتها المدرسة زيادة عن تكاليف التعليم العام ، وذلك وفقا لما تحدده لوائح المدرسة .

- تصرف ملابس التدريب الرياضى للطلبة بالمجان .

- تكون الاقامة الداخلية بالمجان ، ويسمح للطالب بالخروج عقب دروس كل يوم خميس ، لقضاء عطلة نهاية الاسبوع مع أسرته ، والعودة بعد ظهر يوم الجمعة ، وكذلك في الاعياد والعطلات الرسمية .

على أن توضع الحوافز التي يمكن ان يستفيد منها الطالب ، تشجيعا له ولأولياء الامور على الاقبال على هذه المدارس ، مثل : الافضلية عند التقديم للالتحاق بكليات التربية الرياضية أو الكليات العسكرية ، وتوفير وسيلة دائمة للمدرسة لتنقلات الطلبة .

التكاليف المالية :

تقوم وزارة التعليم بالانفاق على المدرسة في كل ما يتعلق بالعملية التعليمية ، ويقوم المجلس الاعلى للشباب والرياضة بالانفاق على النواحي الاخرى ، من اقامة وتغذية وملابس وانوات رياضية ورحلات ورعاية

هيئة الاشراف : (ادارة المدرسة) :

يشرف على المدرسة مجلس ادارة ، يعين من اعضائه : مختص يتولى الناحية الادارية ، وثان للناحية العلمية ، وثالث للناحية الرياضية ، هذا بجانب الاشراف الاجتماعى والصحي بتعيين اخصائى اجتماعى وطبيب مقيم ومقر عيادة بملحقاتها . ويسند الاشراف الداخلى لمجموعة ممتازة من المدرسين .

مدير المدرسة : ويختار من بين رجال التربية والتعليم المشهود لهم بحسن الادارة والحزم ، ويكون من ذوى الميلول الرياضية . مع مراعاة الدقة في اختيار الوكلاء والمدرسين والمدرسين ، اذ ان حسن اختيارهم من عوامل نجاح هذه المدارس .

التغذية : تتبع جميع الاجراءات بالنسبة للتغذية بالمدرسة ، مع العناية بنوع الاكل وكمياته بالنسبة للمجهود الخاص في هذه المدارس .

اليوم المدرسى :

- ويشمل ٧ حصص في اليوم - مدة الحصة ٤٥ دقيقة - فيما عدا يوم الاثنين والخميس ، فيكون عدد الحصص ٦ فقط .

- الدراسة كلها صباحية ، مع توفير فسحة نصف ساعة بين الدرس الرابع والخامس .

- تبدأ الدراسة الساعة ٨ صباحا ، وتنتهى الساعة ٢.١٠ مساء .
- تخصص فترة ما بعد الظهر - من الساعة ٢.٣٠ الى الساعة ٥.٣٠ - للنشاط .

برنامج التربية الرياضية :

يوضع برنامج خاص بالتربية الرياضية لهذه المدارس ، بما يحقق أهدافها ، ويراعى في ذلك :

- درس التربية الرياضية من حيث المادة والشكل وطريقة التدريس .

- النشاط خارج الجدول ، وربطه بخطة التدريب لكل لعبة ..

- البرنامج التنافسى .

- تحديد نصاب المدرس على أساس الواجبات التي يكلف بها .

المسابقات التنافسية في مختلف الألعاب الرياضية ، بين شتى القطاعات والاعمار من الجنسين . وتختتم هذه الانشطة بمباريات نهائية تصحبها عروض التربية البدنية والتشكيلات الجماعية .

ويتطلب هذا النوع من النشاط الرياضى الدورى العديد من الانشطة الاجتماعية والفنية طوال مدة الإعداد والمسابقات .

اما بالنسبة لمصر فيتركز معظم النشاط الرياضى فى مناطق محدودة ، مما يقلل من اتاحة الفرصة لممارسة النواحي الرياضية المختلفة لشباب البلاد ، وبالتالي الحد من الانتفاع بالتربية الرياضية كوسيلة فعالة لإعداد المواطن الصالح ، وفوات فرص التفوق والنبوغ على الرياضيين الناشئين ، وتبعاً لذلك لا تتوافر المنشآت والملاعب والأدوات إلا فى هذه المناطق .

ولما كانت سياسة الدولة تهدف الى تيسير الخدمات لتشمل كل فرد من ابنائها ، نون الاقتصر على نسبة محدودة ، فان تنظيم اعياد رياضية سيكون من أهم الوسائل التى تسهم فى تحقيق هذا الهدف ، عن طريق تنظيم المنافسات بين جميع ابناء المحافظات فى مختلف الألعاب الرياضية . على أن يقام كل عيد من هذه الاعياد فى محافظة من المحافظات مرة كل أربع سنوات ، حتى تمتد فوائد هذا المشروع الى جميع انحاء البلاد .

أهداف الاعياد الرياضية :

وتهدف الاعياد الرياضية إلى ما يأتى :

- نشر الوعي الرياضى بين المواطنين .
- زيادة عدد الممارسين للانشطة الرياضية فى مختلف القطاعات ومراحل العمر .
- اتاحة فرص التنافس بين الفرق الرياضية فى المحافظة الواحدة ، ثم بين المحافظات الاخرى .

- بث روح الولاء والانتماء للمجتمع فى نفوس الأطفال والشباب .
- الكشف عن نوى الاستعداد الرياضى المتميز وتنمية مواهبهم

صحية وإعداد الملاعب وصيانتها ، وتنفيذ البرامج الرياضية ، والبعثات الخاصة بالناحية الرياضية .

التقييم والمتابعة :

يتولى المجلس الاعلى للشباب والرياضة عملية تقييم ومتابعة هذه المدارس من الناحية الرياضية ، ووضع نظام دقيق يكفل ذلك حتى لا تحدث ثغرات تؤثر فى نتائجها العلمية والرياضية .

تجهيزات الدراسة :

تساهم وزارة التعليم بالتجهيزات اللازمة للدراسة : كمقاعد للطلبة – السبورات – الكراسيات – الكتب – الأجهزة العلمية – وتعيين مدير المدرسة والاساتذة المتخصصين والاداريين اللزمين ، وغيرهم .

مع ملاحظة أن مدرسة محافظة القاهرة معدة فعلا ، بكل التجهيزات للملاعب والاقامة ، وتجهيزات المطابخ والمطاعم الى جانب ما كان لها من وسائل انتقالات : اتوبيسات وميكروباصات وكان لها ميزانية حتى عام ١٩٨٠ مدرجة فى ميزانية المجلس الاعلى للشباب والرياضة .

ملحق رقم ٣

مشروع الاعياد الرياضية

ودورها فى رعاية الشباب

الرياضة البدنية مظهر من مظاهر الحضارة ، اذ يتحقق عن طريق التربية البدنية كثير من الاهداف التربوية ، ورفع الكفاءة البدنية ومستوى الصحة والقدرة على الانتاج .

ولما كانت مزاولة الألعاب الرياضية تقتصر غالبا على نسبة محدودة من الممارسين سواء فى المدارس أو الجامعات أو المصانع والشركات ، وبعض تجمعات الشباب ، فقد لجأت بعض المجتمعات الى تنفيذ مشروع رياضى يدعو مجموع الشعب من الجنسين ، ومن مختلف الاعمار لمزاولة النشاط الرياضى ، وقد شجع نجاح مثل هذا المشروع كثيرا من الدول على اقتباس نظمه وتطويرها بما يناسب ظروفها .

ويقوم المشروع الرياضى على : نشر برامج الرياضة ، وتنظيم

الجامعة الواحدة / الأندية الرياضية / المؤسسات الانتاجية (المصانع والشركات) .

وتنتهى باقامة العيد الرياضى للمحافظة :

وتختار منتخبات هذه المؤسسات ، وتعد لمنافسة المؤسسات المماثلة فى المحافظات فى المجموعة الواحدة .

السنة الثالثة : وتقام فيها التصنيفات بين منتخبات المؤسسات فى كل محافظة ومنتخبات المؤسسات المماثلة فى محافظات المجموعة الواحدة ، وتنتهى باختيار منتخب المؤسسات فى كل مجموعة من هذه المجموعات المختلفة .

السنة الرابعة : (عام العيد) : ويقام فيها النهائى بين منتخبات المؤسسات فى كل مجموعة ومنتخبات المؤسسات المماثلة فى المجموعات الأخرى .

هذا ويقام العيد الرياضى مرة كل أربع سنوات فى العام الثالث من كل أولياد بالمحافظة التى تعهد اليها اللجنة العليا للعيد الرياضى بتنفيذها على أن يبدأ العيد الاول عام ١٩٨٧ .

مكان اقامة العيد :

تعين المحافظة التى سيعهد اليها بتنظيم العيد الأول والثانى ، حتى يمكن اعطاء مهلة أربع سنوات للاستعداد بالامكانات التى يحتاج اليها تنظيم العيد كاقامة أو استكمال المنشآت الرياضية اللازمة والمعسكرات للاقامة ، واعداد الكوادر التى ستختار للتنظيم والتحكيم ، وتختار المحافظة الاولى من المحافظات ذات الامكانات المتوفرة .

ثانيا : مراحل تنفيذ الاعياد :

مستوى المحافظة : يتم تنفيذ المشروع على مستوى المحافظة ، فتقيم مسابقات بين المؤسسات الموجودة (المدارس - مركز الشباب بالقرى - مراكز شباب المدن - الأندية - المؤسسات الانتاجية (المصانع والشركات) - الكليات فى الجامعة الواحدة ثم بين الجامعات فى

والارتقاء بمستواهم .

• توفير وتنمية الامكانات المادية والبشرية للنشاط الرياضى فى المحافظات المختلفة .

• الارتقاء بالمستوى الصحى للمواطنين وزيادة لياقتهم وقدرتهم على الانتاج .

• إعداد جيل جديد من القادة فى مجال الادارة والتنظيم الرياضى .

القواعد العامة للاعياد :

يمكن ايجاز القواعد العامة التى تحكم الاعياد فيما يلى :

• يخدم المشروع المواطنين من جميع الاعمار من الجنسين بتحقيق الغرض منه وهو أن تكون الرياضة للجميع .

• ينفذ المشروع وفقا للتقسيمات الادارية : القرية - المدينة - المحافظة ، ويتم بين المؤسسات المختلفة فيها وذلك على مراحل تستغرق كل منها سنة واحدة ووفقا لنتائج كل مرحلة . وتكون المرحلة الأخيرة هى العيد الرياضى .

• ينفذ المشروع بالمحافظات دوريا ، حتى تتاح الفرصة لجميع المحافظات لتحقيق الاهداف المرجوة من المشروع .

• تيسير المنافسات الرياضية وفقا للقوانين الدولية للالعاب المختلفة ، وبإشراف الاتحادات الرياضية .

• يمثل المحافظة من يمثل المؤسسات المختلفة كما سيلي ايضاها .

وبناء على العرض السابق يقترح ما يأتى :

أولا : مواعيد ومكان التنفيذ :

السنة الأولى والثانية : تقام فيها تصنيفات بين المؤسسات فى المحافظة الواحدة .

المدارس الابتدائية / المدارس الاعدادية / والمدارس الثانوية وما فى مستواها / مراكز شباب القرى / مراكز شباب المدن / الكليات فى

المحافظة الواحدة وهكذا .

مستوى الاقليم : يتم التنفيذ على مستوى مجموعة المحافظــــــــــــــــات
(الاقليم) فتقام المسابقات بين منتخبات محافظات كل مجموعة من
المجموعات الأربع :

مستوى الجمهورية : يتم التنفيذ على مستوى الجمهورية ، فتقام
المسابقات بين منتخبات كل مجموعة والمجموعات الأخرى .

ثالثا : برامج نشاط الاعياد :

يقترح أن تشمل برامج نشاط الاعياد الألعاب الآتية :

العاب اجبارية : جمباز + سباحة + العاب قوى .

العاب اختيارية : بقية العاب البرنامج الاولمبي + لعبتان أو أكثر من

الالعاب خارج البرنامج الاولمبي .

الالعاب التقليدية : التحطيب والحكشة وغيرهما .

وعلى المحافظة التى سيعمد اليها بتنظيم العيد الرياضى ان تقترح
الالعاب التى سيتضمنها برنامج العيد الرياضى ، قبل اقامته بسنتين
على الأقل ، على أن يعتمد البرنامج المقترح من اللجنة العليا المسؤولة
عن تنظيم الاعياد الرياضية .

رابعا : لجان تنظيم وإدارة الاعياد :

تتكون لجان تنظيم وإدارة الاعياد من : اللجنة العليا لتنظيم الاعياد
واللجنة المنظمة ، وذلك على النحو الآتى :

أ- اللجنة العليا لتنظيم الاعياد :

ويصدر بها قرار من رئيس الوزراء وتشكل من :

رئيس اللجنة الادارية المختصة بالرياضة بالمجلس الأعلى للشباب

والرياضة رئيسا .

– الامين العام لوزارة الحكم المحلى نائبا للرئيس .

– عضو اللجنة الاولمبية الدولية .

– رئيس اللجنة الاولمبية المصرية .

– سكرتير عام اللجنة الاولمبية المصرية .

– وكيل الوزارة المسئول عن الرياضة بوزارة التعليم .

– السكرتير العام للاتحاد الرياضى للقوات المسلحة .

– السكرتير العام لاتحاد الشرطة الرياضى .

– السكرتير العام للاتحاد الرياضى للشركات .

– رئيس الاذاعة .

– رئيس التلفزيون .

– نقيب الصحفيين .

– المسئول الاول عن النواحي المالية بالمجلس الأعلى للشباب

والرياضة .

– ثلاثة من الخبراء تختارهم اللجنة العليا .

اختصاصات اللجنة العليا :

اللجنة العليا هى السلطة العليا للاعياد الرياضية وتختص بما يأتى :

– اختيار المحافظة التى يعمد اليها بتنظيم العيد الرياضى .

– اقرار الميزانية المقترحة من المحافظة المختصة للمعيد واقتراح

الاعانة المطلوبة ومصادر التمويل الذاتى .

– اعتماد برنامج الالعاب الرياضية للعيد .

– وضع اللوائح الداخلية (الادارية والمالية) الخاصة بها واعتماد

اللوائح المنظمة للجان المختلفة .

– تقييم الاعياد الرياضية والنظر فى التقارير المرفوعة اليها من

المحافظات المختلفة .

ب – اللجنة المنظمة :

تكون المحافظة بمجرد أن يعمد اليها بتنظيم العيد « لجنة منظمة »

لهذا العيد برئاسة المحافظ ، وتضم الى عضويتها كلا من :

– رئيس الجهة الادارية المختصة بالرياضة بالمحافظة .

– المسئول الاول عن الرياضة بكل من الجهات الآتية : التعليم العام ،

أو تدريب المتسابقين ، أو تحكيم المسابقات أو تغذية واقامة وانتقالات المتسابقين والاداريين والحكام والجوائز الخاصة بالعيد .

ملحق رقم ٤

مشروع

انشاء وتنظيم هيئة للمنشآت الرياضية

تقوم ممارسة الرياضة البدنية حاليا على اساس نظريات وتطبيقات علمية ، وهذه النظريات والتطبيقات لا تتعلق بأصول وتكتيك اللعبات المختلفة فحسب ، بل أصبحت تشمل ايضا المنشآت الرياضية والألوات والأجهزة التي تستخدم في ممارسة تلك الرياضة .

وتشكل المنشآت الرياضية والألوات والأجهزة التي تستخدم فيها ، في الوقت الحاضر ، الدعامة الأساسية التي تقوم عليها النهضة الرياضية ، والتي تساهم في رفع مستوى ممارستها ، نظرا لتنوعها وتعدد متطلباتها ، سواء من حيث الموقع أو التصميم أو الانشاء أو الادارة أو الصيانة .

ويلاحظ من الاحصاءات المتاحة ، ان عدد الملاعب لجميع أنواع الألعاب في مصر يبلغ نحو ٥٦١١ ملعبا ، في سنة ١٩٧٧ ، منها ١٩٨٨ لكرة القدم ، و٧٤٦ لكرة السلة ، و١٨٠٨ لكرة الطائرة ، و٤٤٣ لكرة اليد ، و١٥٤ للملاكمة ، و٧٠ حماما للسباحة ، بالإضافة الى ٤٠١ ملعب للألعاب الرياضية أخرى مختلفة . ولم يحدث تغير كبير في هذا الرقم في السنوات الماضية ، وبالرغم من أن نسبة عدد هذه المنشآت الرياضية ، للألعاب المختلفة لا يتناسب مع عدد السكان ، اذا ما قورنت بالكثير من الدول الأخرى ، فإنه يلاحظ أن معظم هذه المنشآت لا يتفق في تصميمه مع الأصول الفنية والقواعد والاشتراطات الدولية المتعارف عليها ، حتى باتت تلك المنشآت قاصرة عن اداء رسالتها على الوجه الاكمل .

ويرجع السبب في ذلك الى مشاكل عامة ومشاكل أخرى فنية وادارية يتلخص أهمها فيما يأتي :

والجامعات ان وجدت ، وممثل الاتحاد الاقليمي لمراكز شباب المدن ،

وممثل الاتحاد الاقليمي لمراكز شباب القرى .

– المسئول المالي عن العيد بالمحافظة .

– عدد من الخبراء الرياضيين .

اختصاصات اللجنة المنظمة :

– إعداد وتنفيذ العيد الرياضي بالمحافظة .

– اقتراح الميزانية اللازمة للعيد والاعانات المطلوبة ومصادر التمويل الذاتي ووضع التقرير النهائي عن العيد .

– وضع تقرير المتابعة الخاص بالعيد بعد انتهائه ويشمل النقاط الآتية :

• الخطوات التنفيذية التي اتخذت لاقامة العيد ، والتي تشمل

المنشآت الرياضية واماكن الاقامة ، وغيرها من وسائل الإعاشة والمراسلات .

• نتائج مسابقات العيد .

• التقرير الختامي المالي للعيد .

خامسا : التمويل :

تعد اقامة هذه الاعياد فرصة مواتية لاعداد أو استكمال أو اقامة المنشآت والمعسكرات والملاعب ، للألعاب المختلفة بكل محافظة ، وتزويدها بالألوات والأجهزة اللازمة . ومن ثم يقترح : ان تدرج كل محافظة في موارزاتها السنوية ما يمكنها من تنفيذ هذه الاحتياجات في الوقت المناسب سواء عن طريق مصادر التمويل الذاتي المختلفة أو التبرعات والهبات غير المشروطة أو ما يخصص في الموازنة العامة للدولة ، مع وضع ميزانية تقديرية – مسبقا – لهذه الاعياد بأسلوب اقتصادي يحول دون أى انفاق يتسم بالاسراف والبذخ لا يؤدي الى عائد مباشر أو غير مباشر . وتقوم اللجنة العليا بدراسة احتياجات المحافظة واقتراحاتها الخاصة بتمويل الإعداد للعيد ، على ضوء ما تقدم ، سواء لتنظيم العيد

أولا : المشاكل العامة :

- عدم توافر الأراضي المتاحة لإقامة المنشآت عليها ، بالمحافظات المختلفة .

- عدم وجود مكاتب هندسية أو شركات مقاولات متخصصة في إنشاء المنشآت الرياضية .

- عدم توافر الاعتمادات اللازمة لإقامة تلك المنشآت ولادارتها وصيانتها ، أو لتزويدها بالأجهزة والأدوات الضرورية .

ثانيا : مشاكل فنية وإدارية :

- عدم التزام المنشآت الرياضية ، لمختلف أنواع الرياضة ، بالقواعد والاشتراطات الهندسية الحديثة ، من ناحية الأطوال والمساحات وغيرها .

- النقص الواضح في الأجهزة والأدوات الرياضية المتطورة ، في هذه المنشآت .

- عدم الاستخدام الأمثل للأجهزة والأدوات الموجودة .

- عدم تزويد المنشآت الرياضية بالأجهزة الالكترونية والكهربائية الحديثة ، لتسهيل مهمة اللاعبين والإداريين والحكام والجمهور .

- عدم وجود جهة متخصصة لمتابعة آخر التطورات أو التعديلات ، بالنسبة لمقاييس وأحجام الملاعب والمنشآت الرياضية ولتطبيقها على المنشآت القائمة ، لتحقيق الأهداف المرجوة منها .

- تعدد أجهزة الصيانة والإشراف الفني على المنشآت الرياضية .

- ضرورة وجود جهاز وظيفي كامل للإشراف على كل منشأة ، الأمر الذي يكلف الدولة اعتمادات باهظة للصرف على العاملين في تلك الأجهزة .

ولقد حان الوقت للاهتمام بإقامة المنشآت الرياضية على أحدث النظم والقواعد المتعارف عليها عالميا وأن تطور المنشآت القائمة لتتوافق مع تلك النظم والقوانين ، حتى يمكن للممارسين للالعاب الرياضية المختلفة اللحاق بركب التطور الحضاري في هذا المجال ، وتحقيق الأهداف التي تسعى الدولة الى تحقيقها .

من أجل ذلك يقترح إنشاء هيئة خاصة مستقلة للمنشآت الرياضية ، لجمهورية مصر العربية - يكون الغرض منها : وضع السياسة العامة لهذه المنشآت بالنسبة للتنظيم والإنشاء والإشراف والإدارة والصيانة والتمويل ، وغيرها ، بما يكفل لهذه المنشآت تادية رسالتها في خدمة أفراد المجتمع ، بمختلف فئاته وأعمارهم .

ويناط بهذه الهيئة الاهتمام بما يأتي :

- وضع خطة إقامة المنشآت الرياضية الجديدة بإنحاء الجمهورية ، حسب الاحتياجات وكثافة السكان ، ووفقا لما تستلزمه خدمة قطاع البطولة ، وقطاع القاعدة الشعبية العريضة للمجتمع .

- تحديد أولويات إقامة المنشآت الرياضية الجديدة ، بالنسبة للأنواع المختلفة من الألعاب الرياضية ، ومدى احتياجات المحافظات المختلفة منها .

- اقتراح أسلوب إدارتها والتنسيق بين الجهات التابعة لها .

- وضع أسس قواعد التصميمات والرسومات اللازمة لإقامة تلك المنشآت ، ووفقا لأحدث النظم والأصول الهندسية والفنية .

- تشجيع إنشاء المكاتب الهندسية وشركات المقاولات المتخصصة في تصميم وتنفيذ المنشآت الرياضية .

- وضع خطة متكاملة للصيانة الفنية والدورية للمنشآت القائمة ، والمنشآت التي تقام في المستقبل ، وتحديد احتياجاتها من الأجهزة والأدوات الرياضية اللازمة لها ، وأفضل الطرق لاستخدامها .

- نشر أحدث التطورات والنظريات والأبحاث والتعديلات المتعلقة بالملاعب الرياضية والأجهزة المستخدمة فيها .

- إجراء الدراسات الخاصة بكيفية وطرق تمويل وإقامة المنشآت الرياضية الجديدة ، وتطوير وصيانة المنشآت القائمة أو تعديلها أو تجديدها وتحديد الجهات التي تتولى عملية التمويل بصفة أساسية ، ودور التمويل الذاتي واقتراح توزيع الاعتمادات المخصصة من المصادر المختلفة على تلك المنشآت ، وفقا لاحتياجاتها .

دعامات القيادة الصالحة :

يستمد القائد فاعليته من الجماعة ذاتها ، حين تشعر بحاجتها اليه ، ويختلف وضعه ، في ذلك ، عن « الرئيس » الذي يعتمد في استجابة « المرؤسين » على السلطة المخولة له ، نتيجة مباشرته لوظيفته . ومن ثم تتحقق القيادة الصالحة والفعالة للشباب ، بتوافر الدعامات الأساسية الآتية :

- الخصائص والقدرات والاستعدادات اللازمة لممارسة القيادة ، سواء منها ما هو تكويني ، أو ما يصقله التعليم والتدريب .
- برامج ملائمة للتدريب ، لتزويد المرشحين بالمهارات والمعلومات والاتجاهات اللازمة لممارسة القيادة بكفاءة وقدرة . ويدخل في ذلك برامج الصقل التي تقام بين أونة وأخرى للاتصال بكل جديد مستحدث .
- الامكانيات المادية التي تتيح للقائد سهولة العمل لتحقيق فعالياته الى أقصى حد ممكن ، وتتمثل هذه الامكانيات في الأبنية والابوات وغيرها .
- مستوى ملائم من الطمأنينة يتيح للقائد صفاء فكريا منطلقا لعطاء ناجح ، وذلك بتجنيبه عوامل القلق الناجمة من تعقيدات الروتين الوظيفي والاداري .

الوضع الراهن لقيادة الشباب :

تزخر مصر بأعداد كبيرة من القادة المؤهلين تأهيلا أساسيا مناسباً ، الى جانب بعض امكانيات الإعداد المثمر الناجح ، مما يمثل أساساً صالحاً لمزيد من التقدم في فن القيادة ، فكراً ومهارة ، ولا ترجع مظاهر القصور الى القادة أنفسهم ، بل ترجع - في الدرجة الأولى - الى عدم الاستخدام الأمثل للامكانيات ، بما يحقق الفائدة المنشودة منها .

بعض مظاهر القصور :

وترتبط بكثير من العوامل المتصلة بالمؤسسات والامكانيات والمعاهد والخطط والبرامج والوسائل ، وكذلك بالجو الاجتماعي والاقتصادي

سياسة إعداد القادة في اطار الاستراتيجية القومية للشباب

تعتبر رعاية الشباب مهمة تربوية وحيوية لبناء المجتمع ، لما تستهدفه من تنمية العنصر البشري الذي يعتبر أهم عناصر الانتاج والتنمية . اذ يمثل الشباب ذروة الطاقة البشرية الفعالة ، في مختلف المجالات ، لتمييز هذه المرحلة العمرية بالنشاط ، والقدرة على التفاعل ، والتأثير والتأثر .

والمدخل الطبيعي لنجاح هذه المهمة هو : التخطيط السليم لإعداد قادة الشباب ، حيث يتركز التطوير المنشود في تطوير القيادة ، التي هي القوة الدافعة المحركة ، ويكمن نجاحها في القدرة على التوجيه بأسلوب مناسب ، يساعد على كسب الولاء والتعاون نحو تحقيق هدف مرسوم .

ولما كان تطور القيادة مرتبطاً بتطور المجتمع ، ويسلوك القائد في المواقف المختلفة ، فان القيادات تحتاج ، بصفة دائمة ، الى ما يأتي :

- تحديث دائم للمعارف والمهارات ، والتزود بما يطرأ في ميادين العمل مع الشباب من نمو وتطور في طرق وأساليب العمل ، وبرامج الأنشطة المختلفة .

- إتاحة فرص التبادل الفعال في الخبرات والآراء - بين قادة الشباب - على كافة المستويات : المحلية والقومية والدولية .

والقيمي والحضاري ، الذي يظل المجتمع .

وتخلص أهم هذه الظواهر فيما يأتي :

نقص الامكانيات المادية :

ولا يقتصر النقص في الامكانيات على المدارس بمختلف مستوياتها بل يمتد الى معاهد التدريب المتخصصة ، ومراكز الشباب في مواقعها المختلفة ، والمؤسسات التي تخدم الشباب في مختلف المجالات .

وبالرجوع الى البيانات الاحصائية عن المؤسسات الشبابية (والمرفقة بهذا التقرير) ، يتضح ان عدد مراكز الشباب في المدن والقرى - وهي أكبر التجمعات الشبابية عددا وأكثرها انتشارا - يبلغ نحو ٢٦٤٠ مركزا ، ومن ثم تشكل أكثر من ثلاثة أضعاف المؤسسات الشبابية الاخرى ، مثل الاندية الرياضية ونزل الشباب وبيوت الشباب ومعسكرات الشباب ومعسكرات الكشاف والمرشدات .

وتعاني هذه المراكز - بالإضافة الى النقص في القيادات الشبابية المتخصصة - من نقص الامكانيات المادية الممتدة في قصور الاعتمادات المخصصة للانفاق على تلك المراكز ، إذ ان ادارتها تعتمد فقط على الموارد المخصصة لها من قبل الدولة ، الأمر الذي ينعكس بدوره على امكانيات النهوض بها . المراكز ، سواء من ناحية صيانة ونظافة مبانيها ، أو من ناحية تزويدها بالادوات والمهمات اللازمة لممارسة الأنشطة فيها ، أو تزويدها بالقيادات المناسبة والمؤهلة ، أو تطوير القيادات العاملة فيها حاليا .

التقييم الأدبي والاجتماعي للمهنة :

تعرف كثير من العناصر الشبابية المتميزة عن اتخاذ « قيادة الشباب » مهنة أساسية ، ويرجع ذلك الى أن هذه المهنة لم تستوف بعد الوضع الأدبي الذي تحظى به مهن أخرى كالطب والهندسة والمحاماة ، وغيرها ، والتي تحدد التشريعات مواصفات خاصة

لممارستها ، تحيطها بكثير من الضمانات بينما توجد كثير من المهن لا تتمتع بالضمانات الكافية ومنها مهنة المدرب الرياضي ، ومدرسي الأنشطة الأخرى التي يترك بابها مفتوحا ، دون ضوابط أو شروط أو ضمانات .

نقص أعداد القيادات المؤهلة :

وقد ترتب على الوضع المادي والأدبي والاجتماعي لهذه المهنة ، نقص شديد في عدد العاملين بها ، بالتالي عدم استكمال المؤسسات الرسمية والأهلية للتخصصات القيادية ، برغم حاجتها العملية اليها . ويلاحظ ذلك في معظم المؤسسات الشبابية ، وفي مقدمتها مراكز الشباب ، وخاصة بالنسبة للقيادات النسائية ، التي تتناسب مع طبيعة العمل بتلك المراكز .

ولا يقتصر نقص القيادات المؤهلة على القيادات المتخصصة فقط ، بل يمتد ليشمل القيادات الاشرافية والادارية المتطوعة والمنتخبة . إذ أصبحت المؤسسات الشبابية الأهلية تعاني نقصا حادا في هذا النوع من القيادات . ويرجع ذلك الى انصراف الشباب عن المشاركة التطوعية لأسباب عدة ، وأهمها : عدم تأهيلهم للقيام بمثل هذه المهام في الوقت المناسب ، أو انشغالهم باهتمامات أخرى مستحدثة ، أو غياب الدافع للبذل والعطاء بدون مقابل ، أو لاختفاء القيادات التي يمكن ان يلتمس فيها الشباب القوة الصالحة .

أما بالنسبة للمؤسسات الشبابية الحكومية ، في قطاع التعليم والجامعات ، فقد لوحظ أن مشكلة القيادات فيها أكثر حدة ، إذ تقدر احتياجاته بأكثر من ستة آلاف قائد من خريجي كليات التربية ، الذين يتم تكليفهم للعمل في هذا القطاع . وبفرض أن هذا العدد يمكن توفيره في السنوات العشر القادمة ، الا أنه يلاحظ - وفقا للاحصائيات المتاحة - أن ٥٠٪ من هؤلاء الخريجين يعزفون عن العمل في وزارة التربية والتعليم أو الجامعات والمعاهد المختلفة ، وأن معظمهم يتجه للعمل بالدول العربية .

قصور التدريب :

ويمثل هذا القصور في عدم التوازن بالنسبة لكثير من المهارات التي تحتاج إلى إعداد وتدريب . إذ لايشتمل على النوعيات المتكاملة للأنشطة . وذلك أن « اللعبة الرياضية » يشارك في قياداتها فريق وليس فردا بذاته ، فهناك ، بالإضافة إلى المدرب ، الحكم والاداري . ويتحقق التوازن في تدريبهم جميعا ، بالنظر إلى العلمية للعلاقات القائمة بين هذه العناصر الثلاثة ، فلا يمكن التركيز فقط على المدرب ، وإنما يشمل الاداري الذي يتطلب عمله خبرة في التنظيم والادارة ، كما يعتمد تكوين الحكم على الإعداد النظري والعلمي من القوانين واللوائح الرياضية . ومن ناحية أخرى ، يكون التوازن في الخلفية العامة التي ينبغي أن تتوفر لهم جميعا ، بحيث تحقق وضوح أساليب التعامل بينهم وسهولته .

ملامح استراتيجية

اعداد قادة الشباب

أولا القيادات المستهدفة :

يشمل مفهوم القيادة كل مسئول عن التأثير في اتجاهات وقدرات ومهارات واخلاقيات الناشئة والشباب ، بطريق مباشر أو غير مباشر ، فيضم : الآباء والامهات داخل الاسرة ، والمدرسين والاساتذة في مختلف المدارس والمعاهد والجامعات ، والقيادات العاملة في شتى المؤسسات والاندية الاجتماعية والرياضية ، وكذلك رؤساء العمل في مختلف المواقع ووسائل الاعلام المختلفة من اذاعة مرئية ومسموعة ، ومن الصحف والمجلات وغيرها . إذ ان قادة هذه الهيئات جميعا لهم تأثير في توجيه الناشئة والشباب .

غير أن هذه الاستراتيجية لن تمتد إلى كل هؤلاء ، وإنما سيكون تركيزها على القادة الذين يتولون الأنشطة التربوية للشباب داخل مؤسسات رعاية الشباب .

٣٧٢

وتتمثل هذه القيادات في عدد من المواقع أبرزها :

- مراكز الشباب في القرى والمدن .
- الاندية الرياضية .
- معاهد التربية الرياضية ومعاهد الخدمة الاجتماعية .
- المدارس والمعاهد والجامعات .
- المؤسسات الشبابية الأهلية ، من جمعيات واتحادات وأندية (العاملون فيها من مديرين ومدربين وحكام وقيادات تطوعية منتخبة) .
- مراكز وإدارات البحوث في مجال رعاية الشباب .

نوعيات القيادات المستهدفة :

- القيادات المهنية :

- وهي قيادات ذات تأهيل للعمل المباشر مع الشباب ، ويتم اختيارها من بين خريجي الكليات والمعاهد التالية :
- كليات التربية المتخصصة والفنية .
- كليات التربية الرياضية .
- كليات ومعاهد الخدمة الاجتماعية .
- كليات ومعاهد التربية الفنية .
- القيادات التطوعية :

وهي القيادات التي لديها الخبرة والاستعداد للمطاء خارج مجالها المهني ، مثل :

- أعضاء مجالس إدارة الهيئات الشبابية .
- مشرفو الهوايات والأنشطة الشبابية .
- القيادات الطبيعية من الشباب أنفسهم :
- وهي القيادات التي لديها استعداد لمعاونة القيادات المهنية أو المتطوعة ، من أجل تحقيق أهداف الجماعة ، مثل :
- رؤساء الفرق والجماعات ، في الكشافة والمرشدات ، وغيرها من الجامعات الشبابية .

ثانيا : اجراءات تنفيذ الاستراتيجية :

وفى سبيل وضع استراتيجية اعداد القادة وتدريبهم ، يقترح ما يلى :

- تحديد الخصائص الذاتية النفسية والصحية والاجتماعية التى تشكل الركيزة الاساسية للعمل القيادى وأهمها : توافر سمات الشخصية القيادية ، والاستعداد للتعامل مع الشباب ، وبذل الجهد والوقت فى سبيل تحقيق الأهداف التربوية التى يسعى اليها المجتمع . بالاضافة الى التميز بحسن الخلق وسعة الصدر ، وغيرها من القيم والصفات الاساسية اللازمة لمثل هذا العمل .

- تحديد واضح للخبرات والمعلومات التى ينبغى ان يكتسبها الفرد ليصبح قادرا على قيادة الشباب .

- تصميم نموذج يمكن بمقتضاه حصر جميع القادة العاملين حاليا فى مختلف المجالات ، ويتضمن هذا النموذج :

. وصفا دقيقا للعمل الذى يؤديه .

. مدة ممارسته العمل القيادى .

. المؤهلات الحاصل عليها .

. المؤهلات الفنية ، مصحوبة بالمواد التى درسها ، وعدد ساعات الدراسة لكل مادة .

- تصميم برامج للتدريب النظرى والعملى من وحدات فرعية أو مواد .

وفى ضوء الحصر والتصنيف يتم التعرف على العناصر التى يمكن ان تتاح لها فرصة الدراسة والتدريب .

معهد اعداد وتدريب قيادات الشباب :

ويستدعى نجاح الاستراتيجية المقترحة ، النظر فى انشاء معهد خاص لتدريب القيادات الشبابية التى تتطلب عليها المواصفات المشار اليها .

ويكون هدف المعهد المقترح : إعداد قيادات الشباب الصالحة للعمل فى كافة المؤسسات الشبابية ، الحكومية منها والأهلية ، والعمل على تحقيق التكامل والتعاون بين القيادات فى المؤسسات الشبابية المختلفة . وذلك الى جانب تنمية وصقل وتطوير وتحديث امكانيات وخبرات ومهارات القيادات العاملة فى حقل الشباب ، وبصفة مستمرة ، والعمل على رفع مستواها القيادى ، سواء على الصعيد المحلى أو على الصعيد الدولى . ولا يشترط أن يتلقى العامل أو الخريج الذى سيلتحق بالمعهد كل المواد التى تدرس به ، بل يقتصر على المواد التى يرى المركز (بعد فحص مؤهلاته وما درسه) أنه فى حاجة اليها . وبذلك تكون دراسات المعهد مواد منفصلة يوجه كل الى ما يحتاجه فعلا منها . وبالتالي فان فترات الدراسة اللازمة لتأهيل الخريج سوف تختلف من حالة الى أخرى .

المزايا المقترحة لخريجى معهد إعداد قيادات الشباب :

وتشجيعا لالتحاق القيادات المطلوب إعدادها وتدريبها بهذا المعهد أو فروعه ، ينبغى تأمين حد مناسب من المواد لخريجه ، تكفل لهم الحياة المستقرة ، حتى يمكنهم التفرغ لاداء مهمتهم ذات الطبيعة المتميزة . ويمكن ان يتم ذلك عن طريق منحهم بدل طبيعة عمل مجز ، بعد تخرجهم ، مع احتساب مدة دراستهم فى المعهد ضمن مدة خدمتهم العملية . بالاضافة الى أى ميزات أخرى تقررها لوائح الجهات أو الهيئات التى سيلتحقون للعمل بها .

هذا ، مع تقرير حافز اضافى للذين سيلتحقون للعمل فى غير محافظاتهم الاصلية أو بالمناطق النائية .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، وما دار حولها من مناقشات ، وما أبدى من آراء ، انتهى المجلس الى التوصيات الآتية :

* ضرورة تحديد الخصائص الذاتية والنفسية والصحية والاجتماعية

بيانات احصائية عن المؤسسات الشبابية في « جمهورية مصر العربية »

| المحافظة | الاندية الرياضية | بيوت الشباب | مراكز الشباب | | معسكرات الشباب | معسكرات الكشافة | نزل الشباب |
|----------------|---------------------|----------------|--------------|-------|-------------------|--------------------|---------------|
| | | | المدن | القرى | | | |
| الاسكندرية | ١٦١ | ١ | ١١ | ١ | ١ | ١ | ١ |
| القليوبية | ١٧ | - | ١٣ | ١٥٠ | - | ٣ | ٣ |
| المنوفية | ٣٠ | - | ١٠ | ٢٢٣ | - | - | ٣ |
| الغربية | ١٨ | ١ | ١ | ١٦١ | - | ١ | ٣ |
| كفر الشيخ | ١٦ | - | ٥ | ١٣٥ | - | ١ | ١ |
| الدقهلية | ٣٦ | - | ٦ | ٣٤٢ | ٢ | ١ | ٣ |
| الشرقية | ٢٧ | - | ١٢ | ٣٠٢ | ١ | ١ | - |
| دمياط | ١١ | - | ٥ | ٥٨ | ١ | - | ١ |
| السويس | ١٣ | ١ | ٤ | ٦ | ١ | ١ | ٢ |
| الاسماعيلية | ٢٨ | ١ | ٦ | ٣٨ | ١ | ١ | ٢ |
| بور سعيد | ٢٠ | ١ | ٤ | ١ | ٢ | ١ | ٢ |
| البحيرة | ٢١ | ١ | ١٦ | ١٨٧ | ١ | - | ٣ |
| مرسى مطروح | ١٦ | ١ | - | ٣ | ١٢ | ١ | - |
| سيناء الشمالية | ٥ | - | ٣ | ٩ | ١ | ١ | ٢ |
| سيناء الجنوبية | ٣ | ١ | ٣ | ٤ | - | - | ٢ |
| القاهرة | ١٠١ | ١ | ٣٢ | - | ١ | ٤ | ٣ |
| الجيزة | ٤٦ | - | ١١ | ١٣٨ | - | ١ | - |
| الفيوم | ٥ | ١ | ٦ | ٨٠ | ١ | ١ | ٣ |
| بنى سويف | ١٧ | - | ٩ | ١٠١ | - | ١ | - |
| المنيا | ٢٠ | - | ٩ | ٩٦ | - | ١ | - |
| اسيوط | ١٥ | ١ | ١٠ | ٥٧ | - | ١ | ١٠ |
| سوهاج | ٢٢ | ١ | ٦ | ٧١ | ١ | - | ٤ |
| قنا | ٢٣ | ١ | ٦ | ١٢٢ | ١ | ١ | ٤ |
| أسوان | ١٨ | ١ | ٩ | ٩٢ | ٣ | ١ | - |
| البحر الاحمر | ١٣ | - | ٤ | ٨ | ٣ | ٣ | ٣ |
| الوادى الجديد | ٣ | - | ١ | ٣٧ | - | ٢ | ٢ |
| الجملة الكلية | ٧١٥ | ١٤ | ٢١٣ | ٢٤٢٧ | ٣٢ | ٢٩ | ٦٠ |

× المجلس الاعلى للشباب والرياضة سنة ١٩٨٢

الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥

النهوض بحركة الكشفية والمرشدين

تناول المجلس بالدراسة حركة الكشفية والمرشدين ، كحركة رائدة تطبيقية للمشاركة الايجابية فى اطار الاستراتيجية القومية للشباب ، وللمساهمة فى القضاء على الظواهر السلبية التى اتسم بها ، فى الوقت الحاضر ، بعض افراد المجتمع ، والتى تتضح فى عدة جوانب من أهمها :

- . انخفاض مستوى الانتاجية بسبب الرغبة فى الأخذ بون العطاء .
- . ضعف الثقافة العامة والتحصيل العلمى .
- . انخفاض مستوى الالتزام والانضباط .
- . السلبية واللامبالاة فى التصدى للمشكلات .
- . ضعف مستوى الانتماء للأسرة مما يضعف الانتماء للوطن .
- . انخفاض المستوى الصحى بسبب سوء التغذية .

أهداف الحركة الكشفية :

انطلاقا من الاستراتيجية القومية للشباب - والتى تستهدف العمل على تنشئه متكاملة لمواجهة ما يقع عليه من مسؤوليات وتبعات فى الحياة بحلول نابعة من ايمانه القوى بربه ووطنه ، والتى تساعد على إعداد كموطن متكامل ، لديه من القدرات والمهارات والخبرات ما يهيئ له فرص خدمة مجتمعه بشكل صادق مبنى على الاخلاص والعمل البناء

٣٧٥

والتي تشكل الركيزة الأساسية للعمل القيادى تحديدا دقيقا . والقيام بتصميم نموذج يمكن بمقتضاه حصر جميع القادة العاملين فى مجال الشباب والرياضة وذلك على ضوء ما تقدم .

أجراء حصر شامل لاحتياجات الهيئات الشبابية ، فى مصر ، من القيادات المختلفة وفق نوعياتها ومؤملاتها وخبراتها ، والمواقع التى تعمل بها . ويمكن أن يقوم المجلس الاعلى للشباب والرياضة بهذه المهنة ، بالتعاون مع الهيئات الحكومية المعنية ، مثل : وزارة التعليم والجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء ، والهيئات الاهلية العامة فى مجال الشباب والرياضة .

* النظر فى إنشاء معهد لاعداد وتدريب قيادات الشبابية ، تكون مهمته :

. اعداد قيادات الشباب الصالحة للعمل فى كافة المؤسسات الشبابية المختلفة .

. تنمية وصقل وتطوير وتحديث امكانات وخبرات ومهارات القيادات العاملة فى حقل الشباب ، ورفع مستواها القيادى ، مع النظر فى أن تلتزم المؤسسات الشبابية - الحكومية أو الاهلية - بقصر وظائف القيادات الشبابية المختلفة بها على حاملى شهادة « قائد شباب » من خريجى هذا المعهد ، عند انشائه .

* تطوير برامج الدراسة فى معاهد وكليات التربية الرياضية والاجتماعية والفنية ، لتتواءم مع متطلبات قيادات الشباب التى تحتاج اليها البلاد .

ضرورة تشجيع العمل فى مجال القيادات الشبابية ، وذلك بتقرير حوافز مجزية مادية وأدبية للعاملين بها ، سواء فى المؤسسات الحكومية أو الاهلية . مع تهئية وسائل الاستقرار لشاغلى هذه الوظائف ، سواء اثنا الخدمة أو بعد التقاعد .

- تعتبر حركة الكشف والمرشدات بأهدافها ، وبرامجها المتطورة ، ووسائلها ، وقياداتها التربوية ، ميدانا خصبا لتحقيق أهداف هذه الاستراتيجية .

فالحركة الكشفية حركة شبابية تربوية تستهدف مساعدة الفتية والفتيات على النمو المتكامل جسما وعقلا وروحا وسلوكا ، فضلا عن انها حركة تطوعية عالمية تزداد نموا في مختلف أنحاء العالم ، حتى لقد بلغ عدد الاعضاء الذين ينتمون لهذه الحركة ما يزيد على ستة عشر مليوناً من مائة وخمسين دولة في أنحاء العالم المختلفة .

كما تستهدف هذه الحركة اكتساب الفرد الخبرات المختلفة التي تساعد على النمو وتعديل سلوكه بما يتناسب والحاجات القومية والاجتماعية للمجتمع ، في ظل حياة ديمقراطية سليمة من خلال الممارسة العملية للمناهج والأنشطة والخبرات التي تتمشى مع ميول وقدرات الافراد الجسمية والعقلية ، وذلك في مراحل النمو المختلفة ، بدءا من السابعة (الاشبال والزهرات) ، ومن الحادية عشرة (الكشف والمرشدات) ، ومن الرابعة عشرة (الكشاف المتقدم والمرشدة المتقدمة) ، ومن السابعة عشرة (الجوال والجواله) .

وتتحقق أهداف الحركة الكشفية من خلال :

- إتاحة الفرص للمشاركة بالحركة للشعور بالسعادة والمخاطرة من خلال البرامج الكشفية الخلوية الموجهة والتي تتسم بالأمان .

- الاسهام في تعديل السلوك الاجتماعي للفرد بما يتوافق واشتراكه في حياة الجماعة ، وذلك عن طريق تعميق الاحساس بقيمة كل فرد في المجتمع ، وضرورة اشتراكه الايجابي في تقديم الخدمات للجماعة ، وتعميق الاحساس بحسن فهم الجماعة والمسئولية نحوها .

- الاسهام في تطوير الاحساس بالآلفة مع حياة الطبيعة ومدى اعتماد الفرد على ظواهرها في تسيير حياته ، وذلك من خلال استغلال البيئة ومصادرها في حل مشكلات الفرد اليومية وتنمية قدرته على اكتساب المهارات الكشفية .

- المساعدة في تطوير مفهوم الحياة الصحية السليمة وذلك بتأكيد العادات الصحية اليومية في المعسكرات بمختلف انواعها ، واكتساب صفات القوة والتحمل بجانب مختلف القدرات الحركية التي تتيحها

برامج الأنشطة الرياضية في مناهج الحركة وبرامجها .
- تعميق مفاهيم الفرد للقيم الروحية من خلال برامج التربية الدينية .

- تنمية المهارات والمعارف التي تسهم في اسعاد الفرد والترويح عن نفسه في سنوات عمره المتقدمة من خلال اكتسابه للكثير من المهارات التي يمكن استغلالها في وقت الفراغ .

وفي ضوء ما سبق ، وباعتبار ان هذه الحركة تطوعية تبدأ مع الفتية والفتيات من سن الطفولة وحتى إعدادهم كقيادات صالحة في مختلف المجالات ، يمكن القول بأن حركة الكشف والمرشدات حركة تربوية اساسية متكاملة ، تحقق جميع اهداف الحركات الشبابية من خلال التطبيق العملي لقوانينها ومبادئها وأدابها التي تؤكد على ما يلي :

- اكتساب العادات السلوكية القويمة والتي تتمثل في طاعة الله والولاء للوطن والتحلّي بالصفات الحميدة ، من : أمانة وصدق وطاعة واحترام وخدمة الغير ، وذلك من خلال إنجاز الوعد الذي يرتبط به الكشاف او المرشدة والذي يعتمد على شرفه في بذل الجهد ، واداء ما يجب عليه نحو الله والوطن ومساعدة الغير والعمل بقانون الكشاف (والمرشدات) ، الذي يحوى أمهات الفضائل - ممثلة في احدى عشرة صيغة - التي يجب ان يتحلّى بها الناشئ لتجعل منه مواطنا على خلق سوى وسلوك قويم .

- اكتشاف الاسلوب الديمقراطي من خلال العمل في مجموعات صغيرة تحت قيادة أحد افرادها ، وبإشراف وتوجيه قائد الفرقة ، فالعمل في حركة الكشف والمرشدات يقوم على تقسيم الفرقة الى مجموعات صغيرة الاقسام ، ويعتبر كل قسم وحدة عمل في الالعب والمنافسات والانتاج اليدوي والمهارات الكشفية ، يبذل فيه كل فرد أقصى طاقاته ، منكرا لذاته في سبيل رفع مستوى القسم ، لذلك يعتبر هذا النظام فرصة لتدريب القائد على توزيع المسئولية على رؤساء الجماعات الصغيرة في الفرقة والذين يتبادل معهم الرأي في مجلس الشورى بالنسبة للاشبال والزهرات ، ومجلس الشرف للكشفة والمرشدات ، ومجلس الادارة للجوال والجواله ، ويناقش القائد في هذه المجالس جميع أنشطة الفرقة وخططها المستقبلية ، وبذلك يتعود الجميع

على أساليب النقاش واحترام آراء الغد ، والقدرة على التخطيط والدقة فى توزيع الأعمال ، وتحمل المسؤولية ، الى جانب تشجيع العمل الجيد وشجب العمل غير المرضى ، فى أسلوب ديمقراطى سليم .

– ومن القائمة التالية يتضح مدى اسهام حركة الكشف والمرشدات فى إعداد القيادات المبكرة ، فى المراحل المتدرجة للفرد والمجموعات ، علما بأن لكل من الفرق المختلفة والمجموعات الكشفية قائدا ومساعد قائد : وان تدرج الفرق يتم كالتالى :

أ- فرقة الاشبال أو الزهراء : وتتكون من ١٨ أو ٢٤ فردا .

ب – فرقة الكشف أو المرشدات : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

ج – فرقة الكشاف المتقدم أو المرشدة المتقدمة : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

د- فرقة الجوال أو الجولات : وتتكون من ٢٤ أو ٣٢ فردا .

وان اجمالى عدد الفرق والقادة والافراد فى جمهورية مصر العربية من واقع اخر احصاء بالسجلات بالجمعيات المركزية الاربعة هو :

| البيان | عدد الفرق | عدد القادة | جملة الافراد |
|----------|-----------|------------|--------------|
| الكشفة | ٥٩١٨ | ٧٠٦٢ | ١١٢٠٠٣ |
| المرشدات | ٤٠٦٠ | ٤٠٦٠ | ١٠٧٣٢٤ |

– اكتساب خبرات علمية لمهارات تتناسب مع استعدادات الافراد ، وذلك من خلال الممارسة العملية لمهارات متنوعة وخدمات مفيدة للمجتمع ، يختارها الكشاف والمرشدة كل وفق ميوله من بين الهوايات التى تعتبر جزءا أساسيا ضمن برامج الحركة ، ومن هذه الهوايات : الفنية – الثقافة العلمية – الخدمات العامة – الرياضية – الزراعية – حياة الخلاء – وهوايات أخرى عامة .

– اكتساب وتطوير الصفات التى تؤهل المشترك بالحركة للقيادة الصالحة ، من خلال تطبيق البرامج المتنوعة فى المعسكرات المختلفة والحياة فى الخلاء ، وما يترتب على ذلك من اكتساب صفات الثقة بالنفس والاعتماد عليها وحب العمل مع الجماعة وانكار الذات وتنمية العلاقات الطيبة مع الجميع واحترام آراء الغير والقدرة على اتخاذ القرارات السليمة .

– اكتساب الخبرات والمهارات والسلوكيات من خلال ممارسة

البرامج المتدرجة لحركة الكشف والمرشدات ، والتى تتضمن الانشطة المتعددة والمناسبة لكل مرحلة نمو سنوية وعقلية ، وتؤهل الفرد ليكون عضوا نافعا فى مجتمعه يحبه ويسعى لرفعه .

وتتسم البرامج الكشفية والارشادية بالمرونة بحيث تتلاءم مع حاجات الشباب واتجاهاتهم وميولهم ، فضلا عن احتياجات المجتمع الذى يعيشون فيه ، بجانب تدريبهم على تحمل المسؤولية فى المجتمعات المحلية والقومية والدولية ، والتركيز على التفاهم والتعاون الدولى .

وتقوم برامج الحركة الكشفية والارشادية على التدرج الى المراحل التالية وفقا للسن :

. الشبل أو الزهرة .

. الكشاف أو المرشدة .

. الكشاف المتقدم أو المرشدة المتقدمة .

. الجوال أو الجواله .

وتتدرج كل من المراحل السابقة وفقا للخبرة الكشفية والمستوى الفنى الى

. مبتدئ .

. درجة ثانية .

. درجة أولى .

ويضاف الى ما سبق أن برامج الحركة تناسب مختلف الأفراد : الأسوياء والمعوقين ، بل وذوى المهارات والاستعداد الخاص لممارسة أنشطة محبة اليهم ليفوزوا بالوسمة التى تعطى عادة لمن يجتاز بتفوق محتويات مناهجها الموضوعية ، بما تتيح لهم من فرص للتعرف الصادق على قدراتهم ومهاراتهم .

وتتميز برامج الحركة بكونها تستطيع أن تساهم مع أى هيئة تعليمية أو مؤسسة شبابية أو وحدة انتاجية فى تنفيذ احتياجاتها ، طالما وفرت الهيئة لها امكانيات التدريب الكشفى والممارسة العملية للنشاطات المتعددة التى تتناسب مع احتياجات البيئة ، مما يساعد على تنمية المجتمعات المحلية ، ورفع مستوى دخل الفرد .

– ويمكن انشاء الفرق الكشفية والارشادية بمدارس التعليم العام ، والكليات الجامعية والمعاهد ، وبمراكز وأندية الشباب ، والمؤسسات

عدد الفرق والقادة والافراد المسجلين
بالجمعيات الكشفية الثلاث عام ١٩٨٣ / ٨٢

| الجمعية | الجمعية | | | | الجمعية | | | | الجمعية | | | |
|------------|-----------------|-----------|--------|--------------|-----------|--------|--------------|-----------|---------|--------------|-----------|--------|
| | المرحلة الكشفية | عدد الفرق | القادة | جملة الافراد | عدد الفرق | القادة | جملة الافراد | عدد الفرق | القادة | جملة الافراد | عدد الفرق | القادة |
| أفريقي | ١١ - ٧ سنة | ٩٤٨ | ١٢٥١ | ٨١٥٦ | ١١١١ | ١٦٤٠ | ٣١٩٤٤ | ٦٩٢ | ٦٩٢ | ١٣٥٥٠ | | |
| كشاف | فوق ١١ - ١٤ سنة | ٤٦٤ | ٥٨٠ | ٩٧٠١ | ٥١٢ | ٧٥٠ | ٣٦٦١١ | ٣٢٤ | ٣٢٤ | ٧٢٨٠ | | |
| كشاف متقدم | فوق ١٤ - ١٧ سنة | ٢٥٨ | ٣٨٠ | ٥٢٠٣ | ٣٩٩ | ٥٣١ | ٧٨٥٢ | ٢٠٠ | ٢٠٠ | ٣٩٧٥ | | |
| جـ | فوق ١٧ - ٢١ سنة | ٢٤٩ | ٣٩٨ | ٦٢٥٧ | ١٤٥ | ٢٠٠ | ٣٧٠٥ | ١١٦ | ١١٦ | ٢٢٨٦ | | |
| أولي | الجمالي | ١٩١٩ | ٢٦٠٩ | ٢٩٤١٧ | ٣٦٦٧ | ٣١٢١ | ٥٥٤٩٥ | ١٣٣٢ | ١٣٣٢ | ٢٧٠٩١ | | |

الجمالي عدد الفرق : ١٩١٩ + ٣٦٦٧ + ١٣٣٢ = ٥٩١٨
الجمالي عدد القادة : ٢٦٠٩ + ٣١٢١ + ١٣٣٢ = ٧٠٦٢
الجمالي عدد الافراد : ٢٩٤١٧ + ٥٥٤٦٥ + ٢٧٠٩١ = ١١٢٠٠٣

عدد الفرق والقادة والفتيات المسجلات
بفروع جمعية المرشدات عام ٨٤ / ١٩٨٥

| الرحلة | عدد الفرق | القادة | جملة الفتيات |
|--------------|-----------|--------|--------------|
| زمرات | ٢٤١٦ | ١٤١٦ | ٥٦٤٩٦ |
| مرشدات | ١٣٤٦ | ١٣٤٦ | ٤٣٩١٦ |
| جواله | ٢٩٨ | ٢٩٨ | ٦٩١٢ |
| اجمالى العدد | ٤٠٦٠ | ٤٠٦٠ | ١٠٧٣٢٤ |

الانتاجية .

وفيما يلي توضيح لعدد هذه الجهات ، طبقا لبيانات عام ١٩٨٣/٨٢ :

| | |
|---------------------------|---------------------|
| مدارس التعليم العام | ١٥٣٨٣ |
| الكليات الجامعية والمعاهد | ٢٢٠ |
| مراكز الشباب | ٢٦٣٠ |
| أندية شباب | ٧٢٥ |
| هيئات اجتماعية بها شباب | ٢٢٠٠ من اجمالي ٥٢٠٠ |
| هيئة اجتماعية | |
| مؤسسات انتاجية | ٦٢ |

اجمالي العدد ٣١٢٢٠ جهة

- وفيما يلي جدولان يوضحان عدد الفرق والقادة والأفراد المسجلين بالجمعيات الكشفية ، وكذلك بفروع جمعية المرشدين ، مع تحليل لما جاء بهما ، لاستخلاص الحقائق التي تساعد على اقتراح التوصيات المبني على دراسة ايجابية للواقع :

وتشير دراسات المجلس ومناقشاته الى الحقائق التالية :

- اجمالى عدد الفرق فى المراحل المختلفة لكل من الجمعيات الكشفية الثلاث وجمعية المرشدين يقل عن اجمالى عدد المؤسسات التعليمية والشبابية والانتاجية والأندية ، وغيرها ، والتي يتراوح عددها بما يزيد على ٢١٢٢٠ مؤسسة منتشرة فى انحاء الجمهورية .

- قلة عدد قادة الفرق اللازمين لادارتها والذي يجب ألا يقل عن قائد ومساعد قائد لكل فرقة ، فلا يوجد أكثر من ١٥٢ فرقة بها قائد ومساعد من بين مجموع فرق الكشفية والمرشدين وقدره ٩٩٧٨ فرقة أى أقل من الثمن ، مع قلة عدد الأفراد المنضمين للفرقة الواحدة ويتراوح ما بين ١٨ - ٢١ بدلا من ٢٤ - ٣٢ مما يجعل التنافس فى الأنشطة المتعددة بين الجماعات الصغيرة (الاقسام) غير واضح الأثر ، هذا ومع زيادة متوسط عدد أفراد الفرقة الواحدة الى ٢٨ فقط (أى أربعة أقسام على الأقل) يصبح إجمالى عدد أفراد الكشفية والمرشدين ٢٧٩٣٨٤ بدلا من ٢١٩٣١٧ ، خاصة وأن إجمالى هذا العدد فى ذاته يعتبر ضئيلا اذا قيس بعدد البنين فى المرحلة السنية (من ٦ : ٢٣ سنة) والذي

٣٨٠

يربو على ١٣.٠٠٠.٠٠٠ فرد .

- ان أكثر من ٩٥٪ من مجموع الفرق المسجلة بالجمعيات الكشفية والارشادية تعتبر فرقا مقيدة ، تقيد مسئولياتها هيئات لا تخضع لقانون الهيئات الشبابية ولا لللائحة التنظيمية لاتحاد الكشفية والمرشدين الذى يعتبر طبقا للقانون هو الهيئة الوحيدة المسؤولة عن نشر الحركة وتنظيمها ، مما قد يجعل الاشراف على الحركة داخل الدور التعليمية والمؤسسات الانتاجية ، مثلا ، أمرا ليس بالسهل . ومن طبيعة هذه الفرق المقيدة انها لا تستطيع اعطاء الحرية لقادة الجماعات من الفتية للعمل وفق ما يرونه مع تحمل مسؤولية التنفيذ ، اذ يشاركونهم فى المسؤولية عادة - الهيئات التى ينتسبون اليها ، الامر الذى قد يقلل الاستفادة المرجوة من نظام الاقسام .

علوة على أن مثل هذه الفرق وبخاصة المدرسية منها ، تكون مقيدة فى نشاطاتها واجتماعاتها بزمان محدد بجزء من السنة الدراسية ، وعادة تبدأ فى شهر اكتوبر وتنتهى فى آخر مارس (أى ستة شهور على الأكثر) ، ونحن نعلم ان التربية وتكوين العادات عملية مستمرة ، ومع ذلك فمن الأهمية أن يكون واضحا أن لنشر حركة الكشفية والمرشدين فى دور العلم أهميتها القصوى ، فيكفى أن يكون هناك جماعة مدرسية أساس تعاليمها ومبادئها أن يعتاد النشء منذ الصغر الاخلاص فى العمل ، واداء الواجب والتحلّى بالقيم الواردة فى قانون الكشفية والمرشدين ، والعمل لارضاء الله ولصالح الوطن وخدمة الآخرين ، تنفيذاً لبند وعد الكشفية والمرشدين ، وان تعتبر هذه الفرق المدرسية الاساس الاول لاكتشاف استعداد الفتية ومواهبهم ، واكتساب المهارات التى تساعدهم على خدمة المجتمع المدرسى ، بل والمجتمعات المحيطة بايجابية وفاعلية ، وأن تحبب اليهم حركة الكشفية بحيث يسمعون لتكوين مجموعات كشفية وارشادية أهلية فى الاحياء ومراكز الشباب والهيئات الشبابية الاخرى . ذلك أن مناهج الكشفية ومبادئها تساعد دور العلم على سد النقص الذى قد يعترض تكوين النشء وتربيته واكتساب العديد من فروع المعرفة عن طريق التجربة الشخصية لا التلقين .

التوصيات

على ضوء ما تقدم وما دار حوله من مناقشات ومع تقدير الامكانيات المتوفرة بالمجتمع ، ولكى تحقق حركة الكشفية والمرشدين اهدافها من

خلال المشاركة الايجابية في استراتيجية الشباب عام ٢٠٠٠ - يوصى بما يلي :

أولاً : في مجال إعداد القادة :

* اعتبار حياة الخلاء اساسية في معاهد إعداد المعلمين والمعلمات ، وكليات التربية وإعداد القادة ، وإن يحضر الطالب خلال مدة الدراسة معسكرين على الأقل مدة كل منهما لا تقل عن عشرة ايام ، يدرب خلالها على أساليب العمل في هذه الحياة ، وعلى البرامج العملية التي يحتاجها لتعيته وتساعد على تفهم المعسكرات وفوائدها ، والاحساس بالسعادة .

* ان تتضمن البرامج العملية :

- ممارسة المناهج الكشفية واسسها ومبادئها في زمن لا يقل عن ١٤ ساعة في كل معسكر ، بإجمالي ٢٨ ساعة قبل التخرج ، يتعرف خلالها الطالب على جميع مناهج حركة الكشفية او المرشدات في مراحلها المختلفة وممارسة البرامج العملية لها .

- الالمام بفكرة واضحة عن الهوايات الكشفية المتعددة ، واسلوب تشجيع الفتية على الاهتمام بها مع الممارسة العملية لبعض هذه الهوايات طبقاً لقدرات وميول كل فرد .

- التطبيق العملي لنظام الطلائع (الاقسام) في اثناء العمل في المخيمات ليتعود المشتركون هذا النظام الذي يعتبر من أهم الاسس في التربية الكشفية .

- تنفيذ مشروع أو أكثر لأى مجال من مجالات الخدمة العامة على أن تعطى الجماعة الصغيرة (القسم) الفرصة لدراسة احتياجات البيئة ، والتخطيط لتنفيذ مجال من هذه الاحتياجات بعد التدريب على المهارة التي تساعد على التنفيذ .

انشاء فرقة جواله او جواله داخل كل مدرسة أو معهد أو كلية ، قوام كل منها لا يقل عن ٣١ جوالاً أو جواله (اربع عشائر) .

ثانياً : فيما يختص بتدبير الامكانيات :

* الاستفادة من مراكز الشباب المنتشرة بانحاء الجمهورية والبالغ عددها ٢٦٣٠ مركزاً و ٧٢٥ نادياً ، طبقاً لاحصاء المجلس الأعلى للشباب والرياضة ، بعد تزويدها بأدوات التدريب اللازمة للتطبيق في المجالات العملية والفنية والثقافية والرياضية والمهارات الكشفية

والارشادية بجانب الانبوات اللازمة لحياة الخلاء ، علماً بأن منها ما يقرب من ٨٠٠ مركز مطور ومجهز بالأدوات ، تصلح لأن تكون مراكز تدريب للهوايات الكشفية والارشادية التي تتمشى وفلسفة تنمية المجتمع ، كأعمال السباكة والكهرباء ، والنجارة ، والطلاء ، والزراعة والصناعات الزراعية ، واشغال الابرة ، والاطفاء ، والخدمات الصحية ، ومحو الامية وغيرها ، وذلك من خلال انشاء مجموعات كشفية وارشادية بالمراكز والاندية تضم المراحل المتدرجة :

شبل وزهره - كشاف ومرشدة - جوال وجواله ، حيث تعطى الفرصة للقيادة المبكرة في مختلف المراحل التدريبية على البرامج الكشفية والارشادية المختلفة .

* انشاء وتجهيز مراكز للتدريب على أنشطة وفنون وهوايات حركة الكشفية والمرشدات أسوة بمراكز الفنون الشعبية .

* اختيار بعض المدارس الكبيرة التي بها امكانيات تصلح لتكون مراكز للتدريب الكشفي او الارشادي الدائم لمجموعة من المدارس المجاورة بعد امدادها بالانبوات المطلوبة ، وإن يستمر عمل هذه المراكز طوال العام .

* الاستفادة من المعسكرات الشبابية القائمة ، وعددها ٥٤ معسكراً دائماً (طبقاً لاحصاء المجلس الأعلى للشباب والرياضة) ، والعمل على استكمالها وتجهيزها بالأدوات اللازمة ، بما يسمح بممارسة النشاط الكشفي والارشادي الخلوي بها . مع انشاء معسكرات دائمة بالمحافظات والمدن الجديدة التي تحتاج الى جهود الشباب لاستكمال خدماتها وتعميرها .

* الاستفادة من أبنية الجمعيات والتقانات والاندية الخاصة وغيرها ، في ممارسة الانشطة الرياضية المختلفة ، طبقاً لما تسمح به طبيعة هذه الابنية والامكانيات بها ، وذلك في غير أوقات العمل الرسمي بها .

ثالثاً : في مجال التنظيم والنشاط :

* الاهتمام بتكوين مجموعات كشفية في كل من مراكز الشباب والمدارس المختارة والاندية كمراكز اشعاع حتى تكتمل التربية القيادية الكشفية .

* ايجاد ادارة تنظيمية لمتابعة تنفيذ حركة الكشفية والمرشدات في

الخريجين من الخدمة العامة .

خامسا : توصيات عامة :

- * النظر فى اعفاء ابوات التدريب والخيام اللازمة لحركة الكشفة والمرشدات من الرسوم الجمركية أو تخفيضها ، لتتاح بأسعار مناسبة ، مع تسهيل الاجراءات الجمركية بالنسبة لهذه الابوات .
- * ان تتولى أجهزة الاعلام وخاصة الحكومية ابراز نشاط الشباب التطوعى فى حركة الكشفة والمرشدات وما تهدف اليه من ايجابيات .
- * أن يعهد بتنفيذ هذه التوصيات إلى المجلس الأعلى للشباب والرياضة بالاشتراك مع أجهزة وزارة التعليم والجامعات ، والتنسيق بينها فى هذا الخصوص .
- * الاهتمام بتبادل الزيارات الشبابية بين مصر وبلدان العالم المختلفة ، وتسهيل عملية الاتصالات الدولية فى هذا الخصوص بما يتيح للشباب المصرى تبادل الخبرات مع غيره من شباب العالم والامام بالثقافات الأجنبية .

التحكيم فى المنازعات الرياضية

أصبحت الرياضة فى المجتمعات الحضارية من أهم الوسائل لفعالية لتحقيق التنمية الاخلاقية والتربوية للانسان ، وتاكيدا لأهمية الرياضة وأهدافها التربوية عمدت دول العالم الى تشجيع أبنائها على ممارسة الرياضة بأنواعها المختلفة وخصصت للانفاق على تنشيطها ونشرها شطرا كبيرا من موازناتها .

المدارس بمراحلها المختلفة ، وفى الجامعات .

- * توجيه شعار الكشفة والمرشدات (كن مستعدا - كوني مستعدة) الى عمل مثمر وذلك بتهيئة الفرصة للكشاف والمرشدة للمساهمة فى المشروعات القومية والمحلية الواردة فى خطة الدولة ، بالاشتراك فى الخدمات والمشروعات التى تستهدف تنمية المجتمع وحماية البيئة مثل : مشروعات النظافة وتنظيم الاسرة ، وتمهيد واستكمال الطرق والكبارى واعمال التشجير وجمع المحاصيل وتنظيم المرور .
- * تشجيع التنافس بين الفرق المختلفة باقامة المسابقات الدورية فيما يتصل بالنشاط الكشفى كإعداد حقيبة للاسعاف . مع اقامة معارض محلية وقومية ، والاشتراك فى مشروعات الخدمة العامة وأنشطة الحركة ، وكذلك تخصيص كأس لأفضل فرقة سواء على مستوى المحافظة أو مستوى الجمهورية .
- * تشجيع اقامة المهرجانات الكشفية والارشادية فى المناسبات القومية سواء على المستوى المحلى أو القومى ، وتبادل الزيارات ، وتنظيم المؤتمرات القومية للحركة بما يتمشى مع نمو المجتمع المصرى ، وكذلك الاشتراك فى المؤتمرات واللجان العالمية والعربية والفنية للوقوف على أحدث النظريات والتطورات الخاصة بالمناهج والأنشطة .
- رابعا : فيما يختص بالحوافز :
- * تخفيض نصاب قائد أو قائدة فرقة الكشفة او المرشدات بما يوازى ساعتين فى النصاب القانونى للمدرس نظير اشرافه وتطبيقه للحركة .
- * تحقيق رغبات القائد أو القائدة فى النقل .
- * تفصيل القائم بتنفيذ حركة الكشفة والمرشدات عند الترقية وعند الاختيار لحضور المؤتمرات والدراسات والتجمعات والندوات الدولية والعربية والقومية .
- * منح الأوسمة الكشفية والارشادية وفقا لقدرات وإيجابية القائد فى نشر الحركة .
- * اعفاء القائم بتنفيذ الحركة من سداد مقابل الاشتراك فى جميع الأنشطة التى تنظمها الهيئات والمؤسسات ، كلما أمكن ذلك .
- * اعفاء القائمين باعمال القيادة فى حركة الكشف والارشاد من

وأصبح للرياضة والمهتمين بها داخل كل دولة مجتمعا ذا طبيعة خاصة ، مثل المجتمع الفنى أو الاقتصادى أو التجارى أو العلمى . ومجتمع الرياضة تسود بين جماعته أصلا المثل العليا ومبادئ الاخلاق القومية كالاخلاص والمحبة والايثار والتضحية والمنافسة الشريفة والقوة الحسنة .

الا أنه لوحظ فى السنوات الأخيرة أن المنازعات والخلافات تثار بين الحين والآخر بين أفراد هذا المجتمع وبين هؤلاء والمسئولين عن الاشراف عليهم أو على تنظيمهم ، حتى انها أصبحت تشكل ظاهرة مؤسفة ، والأمثلة على ذلك كثيرة . ولقد ترتب على انتشار المنازعات وعدم التصدى لها فى الوقت المناسب بطريقة تجعلها محدودة ومحصورة فى المحيط الرياضى ، ان انتقل معظمها إلى ساحة القضاء لحسمها والبت فيها ، فزادت بالتالى من الاعباء الجسيمة الملقاة على عاتق الجهاز القضائى .

ولا شك أن هذا التدهور الذى حدث فى السلوك الرياضى وما آلت اليه الأوضاع فى هذا المحيط قد أخذ يزعج ويقلق قادة الشباب وكل غيور على مستقبله ومستقبل أبنائه . وكان لابد أن يتصدى المجلس لهذا الموضوع بالدراسة والعمل على ارساء قواعد السلوك الحميد الذى يجب أن يسود المجتمع الرياضى ، واتخاذ المبادرة باقتراح ما يحقق ذلك ، فى ضوء الاعتبارات التالية :

- زيادة عدد المنازعات فى الحقل الرياضى زيادة ملحوظة فى السنوات الأخيرة مما يؤدى الى تشويه سمعة المجتمع الرياضى المصرى فى الداخل وفى الخارج .

- زيادة عدد القضايا المرفوعة أمام المحاكم والتى تتناول المنازعات الرياضية وبالتالي زيادة العبء على جهاز التقاضى المصرى وضرورة الاسهام فى التخفيف من هذا العبء .

- احياء المبادئ الاخلاقية الاساسية للتنافس الرياضى الشريف من أجل النهوض بالوعى والخلق الرياضى بين جماهير المشجعين للفرق الرياضية ، وكذلك تعميق الروح الرياضية السامية بين أفراد الفرق المتنافسة .

- ارساء اصول وقواعد المعاملات السليمة بين العاملين فى الحقل

الرياضى سواء كانوا من الحكام أو المدربين أو المسئولين عن التدريب أو التنظيم أو الادارة ، وبين هؤلاء والأجهزة المعنية رسمية كانت أو غير رسمية .

وحسما لهذه الأمور يقترح المجلس انشاء هيئة للتحكيم الرياضى ، استرشادا بالهيئة الدولية للتحكيم الرياضى ، والتى تم انشاؤها فى يونيو سنة ١٩٨٤ بمدينة لوزان بسويسرا بفرض النظر فى المنازعات الرياضية التى تثار على المستوى الدولى .

والهيئة المقترحة ذات طبيعة خاصة وتختص بالمنازعات التى تنشأ نتيجة ممارسة الانشطة الرياضية المحلية والتى تنظمها الاتحادات الرياضية الاهلية سواء كانت اتحادات أولمبية أو غير أولمبية ، والتى ترفع اليها من هذه الاتحادات أو مناطقها أو من الاندية الرياضية التابعة لها أو من أى شخص طبيعى أو اعتبارى يكون له علاقة بموضوع النزاع وتتم احالة النزاع الى الهيئة بمقتضى اتفاق تحكيم خاص « مشاركة تحكيم » .

وتتولى الهيئة بصفة خاصة ما يلى :

- التحكيم فى حالات النزاع التى ترفع من أوسع أحد الاتحادات الرياضية أو مناطقها أو أحد الاندية الرياضية أو من أى شخص طبيعى أو معنى له علاقة بموضوع النزاع وذلك بالنسبة للمساائل والموضوعات المتعلقة بالانشطة الرياضية وخاصة التى لم ينص عليها فى أى من الانظمة الاساسية للاتحادات الرياضية أو فروعها .

- التحكيم فى المسائل أو الموضوعات التى تتعلق بالمنازعات المالية التى قد تنشأ بين الاطراف المشار اليهم نتيجة لممارسة الانشطة الرياضية وتلك التى تتعلق بالمصالح المالية لأى منها .

وتتكون الهيئة من أعضاء يتم اختيارهم من بين الاشخاص نرى الخبرة الطويلة والكفاءة فى مجال الرياضة ، ويفضل من كانت له دراية قانونية .

وتجرى احالة المنازعات الرياضية الى الهيئة المقترحة بموافقة أطراف النزاع وتتم اجراءات الاحالة والفصل فى المنازعات والطعن فى قرارات التحكيم طبقا لأحكام قانون المرافعات المدنية والتجارية .

الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦

الاطار العام لبرنامج قومي للعمل مع الشباب

حول المفاهيم ومدلولاتها :

تعتبر ميادين التنمية البشرية من أكثر ميادين التنمية حاجة الى قيام وحدة فكر ورؤية بين سائر العناصر المشاركة في هذا العمل .

وفي العمل مع الشباب هناك مجموعة أساسية من المفاهيم يحتم التخطيط لهذا العمل وسلامة مساراته أن يكون هناك وضوح في الرؤية لمعانيها ومدلولاتها وفيما يلي عرض لموجزها :

- مفهوم الشباب : لم يعد مفهوم الشباب يشير الى مرحلة سنية يحتاج فيها الفرد الى مجموعة من الخدمات التي تعدده للمستقبل ، بل اتسع هذا المفهوم في نظرية الشباب ليعنى « فترة من حياة الانسان » ، وان حددها المجتمع الدولي ، لأسباب عملية وإحصائية ، بعشر سنوات ، تقع بين الخامسة عشرة والرابعة والعشرين من العمر ، وهي مرحلة تتميز بمجموعة من الخصائص تجعلها أهم فترات الحياة وأخصبها ، وأكثرها صلاحية للتجاوب مع المتغيرات السريعة والمتلاحقة التي يمر بها المجتمع الانساني المعاصر .

ويعتبر الأخذ بالتحديد الدولي لمرحلة الشباب ، توحيدا وتحديدا للشريحة العمرية المستهدفة عند التخطيط للعمل الشبابي ، وتيسيرا لتبادل المعلومات والبيانات مع دول العالم ، وتناسقا مع التقسيم لشرائح

٣٨٤

السن المعمول به في عمليات الاحصاء والتعداد .

وعلى هذا الأساس ينبغي النظر في مرحلة الشباب على أنها تتضمن فئتين من فئات العمر : الأولى من ١٥-١٩ سنة ، وهي فئة يقترب أفرادها من قمة النضج ، وهم قادرون في الوقت نفسه على الاسهام بفاعلية في الجهود المبذولة للتنمية . والثانية من ٢٠ - ٢٤ سنة وهي فئة استكمل أفرادها الكثير من المقومات التي تجعلهم قادرين على الاسهام الفعال في شتى ميادين التنمية ، وكذلك على الممارسة الناضجة لحقوق الراشدين والالتزام الواعي بواجباتهم ، ومن ثم فيتعين العمل على ادماجهم في المجتمع ، دون تفرقة أو تمييز لهم أو عليهم .

- مفهوم العمل مع الشباب : يتبلور مفهوم العمل مع الشباب في مجموعة من « الأبعاد » يأتي في مقدمتها :

البعد الأول : بعد تربوي يستهدف إعداد الشباب وتوفير كل ما يمكنه من تحقيق نمو متوازن (بدنيا - عقليا - نفسيا - روحيا - اجتماعيا) يمهدهم الطريق نحو الانتقال الى المراحل التالية وهم مزودون بأكبر قدر ممكن من المعارف والمهارات والخبرات ، وكذلك بالقيم الروحية والأخلاقية الصالحة .

البعد الثاني : بعد انمائي يستهدف تنمية القدرات الذاتية للشباب ، ليصبحوا قادرين على النمو والتطور النابع من الذات ، والذي يحركهم ويدفعهم تلقائيا نحو الاسهام في شتى مجالات التنمية القومية .

البعد الثالث : بعد اجتماعي يستهدف تعبئة الشباب وتنظيم طاقاتهم وامكانياتهم وتوفير المجالات والمنطلقات التي يستطيعون من خلالها القيام بدور فعال في بناء مجتمعاتهم المحلية والنهوض بها .

دعائم العمل مع الشباب :

ينبغي أن يكون العمل مع الشباب ترجمة صادقة ومستوعبة لمجموعة من الحقائق العلمية الأساسية التي يمكن اجمال أهمها فيما يلي :

الحقيقة الأولى : هي أن الانسان كائن اجتماعي ينمي خصائصه الانسانية خلال تفاعله مع البيئة أو المجتمع الذي يعيش فيه . وعلى قدر ما يوفره المجتمع لشبابه من أوضاع صالحة للنمو ، وعلى قدر ما

يستخدم مع النشء والشباب من أساليب تربوية سليمة - يتوقف نوع مواطن الفرد .

الحقيقة الثانية : هي أن الانسان ، بخصائصه وصفاته ، قابل للتغير في أى سن ولكن كلما كان صغيرا كان تغيره أعمق وأشمل وأيسر . ومن ثم تبرز أهمية مساعدة الشباب على التغير دائما نحو الأفضل ، باكتساب خصائص جديدة ، تجعلهم أكثر قدرة على تغيير مجتمعهم والنهوض به .

الحقيقة الثالثة : أن وسائل إحداث التغييرات المنشودة في الشباب هي الجماعات التي ينتمى إليها ، والقادرة على إشباع حاجاته الحيوية وكذلك الأنشطة المختلفة التي توفر له فرص مزاولتها ليمارس عمليا السلوكيات التي تدعوه لممارستها ولينمى من خلال تحديات هذه الممارسة خبراته ومعارفه ومهاراته ، ويتبنى من خلال استمتاعه بإنجازاته في ميادين الخير العام القيم والاتجاهات التي تطالبه بتبنيها .

الحقيقة الرابعة : أن الانسان كائن اجتماعي ، يتعلم ويكتسب خصائصه الانسانية وأنماط سلوكه من خلال التجارب التي يشارك في صنعها ، ويعيشها مع غيره من الأهل والأصدقاء والزملاء . ومن ثم يتحتم توفير الفرص الكاملة لكل شاب ليسهم بذاتيته ورغبته في صنع تجارب حياته ، بدءا من المشاركة في اتخاذ القرار الى التخطيط ثم التنفيذ ، ثم تقديم النتائج والافادة من الخطأ والصواب .

الحقيقة الخامسة : أن الجماعات والمؤسسات الشبابية التي لا تشبع حاجات حيوية للشباب ، تكون غير قادرة على التأثير فيه وتوجيه سلوكياته ، ويكون انتماءهم إليها وممارستهم لأنشطتها مجرد شكل ، دون أثر جوهري أو مضمون ، ودون أثر ملموس .

المبادئ العامة الأساسية في العمل مع الشباب :

أن العمل مع الشباب ، لكي يتحقق له القدر الكافي من الفاعلية والتأثير ، لا بد أن يلتزم المسؤولون عنه ، من واضعي السياسات والمخططين والمنفذين ، بمجموعة من المبادئ العامة الأساسية التي يمكن عرض أهمها فيما يلي :

- النظرة التقديرية لقطاعات الشباب المختلفة . فان لكل منها ظروفه وأوضاعه ومشكلاته وحاجاته الخاصة . ومن ثم يتعين - مع النظرة العامة

لفئة الشباب - ألا تعالج أمورهم معالجة عامة أو موحدة قد تناسب فئة دون الفئات الأخرى .

- تكامل العملية التربوية أو التنموية للشباب ، فلا تكون هناك أنواع منفصلة من التربية (ثقافية - دينية - اجتماعية - رياضية - فنية وغيرها) بل يجب أن يتضمن أى برنامج شبابي هذه المكونات في تكامل منسق ، مستهدفا غاية واحدة مشتركة ، هي التنشئة والتنمية المتكاملة .

- الاهتمام ببناء القاعدة العريضة في العمل الشبابي ، دون الاكتفاء بالصفوة المحدودة من المتفوقين والموهوبين . بحيث تخطط برامج الشباب لتكون ممارسة الأنشطة كلها ميسورة للجميع ، حتى يمكن تحقيق التوازن في نمو الشباب ، أولا ، مع الاكتشاف المستمر للمواهب الكامنة وتعهداتها وتنميتها .

- القيادة ليست استعدادا فطريا فقط يتميز به أفراد من الشباب دون الآخرين بل هي سمات مكتسبة من تجارب وممارسات قيادية تتيحها أوضاع وظروف بعض الأفراد دون الآخرين . ومن ثم يتعين إتاحة الفرص لكل الشباب لممارسة واكتساب خصائصها ومهارتها ، بحيث يتم إعداد وتدريب هذا النوع من القيادات الشبابية من خلال الممارسة العملية لأدوارها القيادية في الجماعات التي تنتمي إليها ، مع قدر مناسب من التوجيه والمعاونة من الرواد العاملين مع الشباب في مواقعه المختلفة .

- أن الأنشطة الشبابية يجب أن تكون وسيلة وليست غاية ، ومن ثم فان الاهتمام بالارتقاء بمستويات الشباب في أدائها انما يستهدف تعويده على الانتقان والاجادة في أداء عمل آخر ، دون أن ينصب العقاب والثواب على الكسب أو الخسارة ، حتى لا يؤدي ذلك الى اكتساب اخلاقيات لا تناسب المواطن الصالح .

- أن ترتبط برامج وأنشطة الشباب بما تقوم به المدرسة والأسرة ودرور القيادة والمجتمع المحلي . فكل المؤسسات التربوية تمثل سلسلة متكاملة الحلقات .

- أن البرامج الشبابية الحالية تخطط وتوضع للشباب ، بينما ينبغي أن توضع معهم وبهم ، تحقيقا لتطلعهم الى التعبير عن انفسهم ، من خلال أنشطة تكون من اختيارهم وتخطيطهم وتنظيمهم .

- أن الكثير من برامج الشباب القائمة تخطط دون دراسة حقيقية لحاجات الشباب ومشكلاته ، الأمر الذي جعل هذه البرامج عاجزة عن الاستجابة الفعالة لحاجات الشباب الحيوية والاستمرار في التعامل معهم . ومن ثم فإن دراسة وتقدير حاجات الشباب ومشكلاته ، بصورة مستمرة وديرة ، تعتبر من المبادئ الأساسية التي يجب أن يتم على ضوءها تخطيط البرامج والمشروعات الشبابية .

استراتيجية العمل مع الشباب

السياسة العامة :

السياسة العامة للعمل مع الشباب ، في مفهومها العام ، هي المرجع السياسى والقومى الذى يجب اعتماده ليرجى العمل في هذا الميدان الذى تتحمل مسؤوليته وتقوم به وزارات والتوجيهات العامة التى يتحتم التزام العمل الشبابى بالتحرك في نطاقها ، تناسقا وتكاملا مع حركة البنيان الاجتماعى كله ، واتباعا للنظام العام الذى تسيير وفقه مؤسسات الدولة جميعها .

ومن هذا المنطلق ، فإن النقاط التالية تمثل بعض المكونات الرئيسية لهذه السياسة ، على أن يستمر العمل على تطويرها واستكمالها ، مع ما تقتضيه تطورات واستحداثات العمل مع الشباب :

- العمل مع الشباب من الأعمال التنموية التى تستهدف زيادة فاعلية مشاركة الشباب في التنمية القومية الشاملة . ومن ثم يجب أن يحتل هذا العمل أولوية متقدمة بين استثمارات تنمية الموارد البشرية في الدولة .

- يعتبر الشباب ، خصوصا الشريحة الناضجة منه (مرحلة السن من ٢٠ - ٢٤ سنة) قوة خلاقة وشريكا كاملا في صنع القرارات ، وفي التخطيط للتنمية وتحمل تبعاتها ومسئولياتها . ويستدعى هذا أن يتوفر لهم تمثيلا أوسع في مجالس الحكم المحلى ومجالس ادارة التعاونيات والجمعيات الأهلية .

- الشباب هم اصحاب المصلحة فيما يخطط لهم من برامج ومشروعات . ومن ثم ينبغى ان يتوفر لهم تمثيل مناسب في المجالس

والهيئات واللجان التى تخطط للشباب ومجالس الكليات والجامعات . مع مزيد من الصلاحيات في الادارة الذاتية لمؤسساتهم وأنديتهم ومراكزهم .

- للشباب حاجات حيوية هامة ، خاصة الشباب الذين أنهوا تعليمهم ، وفي مقدمتها : مسكن مناسب لتكوين أسرة ، وعمل يحقق لهم مكانة محترمة في المجتمع ويوفر لهم دخلا يتناسب مع ارتفاع تكاليف المعيشة ، وفرص لتحقيق الذات وإثبات القدرة على المشاركة الفعالة في الشؤون العامة وصنع القرارات . ومن ثم يتعين أن تولى خطط العمل مع الشباب اهتماما خاصا بأشباع هذه الحاجات الحيوية .

- أن يتم ، من خلال خطط وبرامج العمل مع الشباب ، تحقيق التوافق بين اشباع حاجات الشباب من جانب وحاجات المجتمع من جانب آخر ، بحيث يتحقق نوع من التحالف بين كلا النوعين من الحاجات ، بما يؤدي الى تنمية الولاء والحرص على المصلحة العامة .

- الاهتمام بتأصيل الممارسات الديمقراطية ، فكرا وعملا ، على كافة المستويات الاجتماعية ، بدءا من الأسرة والمدرسة والجامعة وموقع العمل والمجتمع المحلى ، الى المستوى السياسى القومى ، وكذلك العمل على ازالة المعوقات التى تحد من ممارسة الشباب لحقوقه وواجباته السياسية ، وتيسير اجراءات القيد بالجدول الانتخابية .

- أن تعطى أهمية خاصة للتنمية الفعالة والعاجلة للشباب في القطاعات الشبابية الأكثر حاجة ، كالشباب الريفى ، والشباب غير المتعلم ، والشباب المعاق ، والشابات .

- اعطاء أولوية خاصة للقضاء على المشكلات التى يواجهها الشباب ، وفي مقدمتها الأمية وخطر المخدرات ، وغير ذلك من العوامل التى تعرض للانحراف ، واستصدار التشريعات التى تكفل الحماية للشباب .

- العمل مع الشباب مسؤولية عامة ومشاركة بين عدد كبير من الوزارات والهيئات الحكومية والأهلية ، الأمر الذى يقتضى زيادة فاعلية المشاركة والتعاون والتنسيق بين هذه الجهات ، لتحقيق أهداف هذا

العمل .

استراتيجية العمل :

وعلى ضوء السياسة العامة للعمل الشبابى تتبلور لهذا العمل أربعة أهداف رئيسية هي :

- معاونة الشباب على اكتساب قيم جديدة تتيح لهم القدرة على تغيير ما قد يكون لحق بنفوسهم وأفكارهم من مظاهر أحدثتها ظروف وأوضاع مختلفة فى الحقبة الماضية .

- الارتقاء بمستوى الشباب وتأهيلهم لتحمل تبعات المستقبل ، وذلك بالتنشئة الصحيحة التى تكفل لهم فرص النمو السليم بدنيا ونفسيا واجتماعيا وفكريا وعلميا ، حتى يتمكنوا من المشاركة فى بناء مجتمعنا الحديث على أسس التقدم العلمى ، مع الحفاظ على قيمه العريقة .

- تعبئة طاقات الشباب وتنظيم الافادة منها على جميع المستويات ، بما فى ذلك جهود التطوعية فى المجالات المناسبة ، على أساس الاقتناع بأن العيش فى كنف الوطن والتمتع بخيراته يستدعى أن نوفيه بعض حقه بالتطوع لخدمة المجموع .

- تحقيق الالتقاء البناء بين مجتمع الكبار بخبراته ومجتمع الشباب بطاقاته وامكانياته ، وذلك عن طريق اشراك من يمكن اعدادهم من الشباب فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية التى تتولاهما أجهزة الدولة .

ويقتضى تحقيق هذه الأهداف أن تتحرك استراتيجية العمل الشبابى على أربعة محاور أساسية ، يمكن عرضها على النحو التالى :

- محور علاجى ، يتجه نحو التخطيط لعلاج جذرى لأهم المشكلات المعاصرة التى يعانى منها الشباب ، والتى تحد من فاعلية مشاركته فى التنمية القومية .

- محور وقائى ، يتجه نحو تخطيط البرامج والمشروعات التى تستهدف تحسين الأوضاع المجتمعية وتوفير الامكانيات لقيام الشباب بممارسة أنشطتهم الحرة فى المجالات الرياضية والثقافية والاجتماعية

بتوجيه ريادات شبابية واعية وقادرة ، تحميه من الانحراف وتبعده عن التعرض لدواعيه .

- محور تنموى ، يتجه نحو تدريب الشباب والعمل على اكسابه معارف دائمة التجدد ، ومهارات متقدمة واتجاهات وقيم صالحة ، بما يؤدى الى تمكين كل شاب من تحقيق ذاته والشعور بالرضا ، والحصول على تقدير من ينتمى اليهم لشخصه ولما يؤديه من أعمال .

- محور قومى ، يتجه نحو العمل على ادماج الشباب فى التنمية المحلية والقومية ، والمشاركة الفعالة والبناءة فى العمل السياسى والعمل الاجتماعى التطوعى ، وغيرهما من مجالات العمل الوطنى . وتعتمد استراتيجية العمل مع الشباب ، فى تحركها ، على استخدام ثلاث وسائل هي :

- برامج فعالة فى المجالات الرياضية والثقافية والخدمة العامة والاقتصادية .

- رواد للشباب على مستوى عال من الكفاءة والمقدرة مع تميزهم بالصلاحيات التامة ليكونوا القدوة الصالحة التى يمكن ان يألفها ويميل اليها الشباب ، والتى يمكن ان يستمدوا منها المثل والقيم والمبادئ .

- حركة شبابية منظمة ، تستطيع أن تجتذب الشباب وتتيح له فرص تكوين جماعات الاختيارية التى يمكن أن تكون أداة تنمية الشباب .

حاجات الشباب وقطاعاته المختلفة

الحاجات العامة للشباب :

الحاجة مفهوم يشير الى أحد مستلزمات النمو التى يتحتم اشباعها ليسير هذا النمو ، بدنيا واجتماعيا ونفسيا ، فى طريقه الطبيعى السليم . واشباع الحاجات الانسانية ، بوجه عام ، يجب أن يتم بالصورة التى تكفل سلامة النمو واطراده ، بحيث يكون الاشباع متوازنا ومحسوما .

وبوجه عام يمكن تصنيف الحاجات الحيوية للشباب فى أربع مجموعات متميزة ، مع الأخذ فى الاعتبار أن بعض الحاجات ، التى قد

والسلوكيات اللازمة للتعامل الناجح مع المواقف المختلفة ، ثم الحاجة الى اكتساب مجموعة القيم والاتجاهات التي تجعل من الشاب مواطنا صالحا .

قطاعات الشباب والحاجات المتاحة لكل قطاع :

رغم التجانس فى الكثير من الصفات العامة بين شباب المجتمع ، الا أنه لا بد من تصنيفهم الى قطاعات ذات ظروف وأوضاع أكثر تجانسا ، حتى يمكن عن طريق دراسة هذه الظروف وتقديرها إيجاد المداخل التي تناسب كل قطاع وتتصل اتصالا مباشرا باهتماماته وحاجاته . وبصفة مبدئية يمكن التعريف بهذه القطاعات على النحو التالى :

الشباب الريفي :

هو أكبر قطاعات الشباب حجما فى المجتمع المصرى ، اذ ان نسبة السكان الريفيين فى مصر الى مجموع سكانها تصل الى ٥٥ ٪ ، وبالتالي فالتقديرات تشير الى أن شريحة الشباب فى هذا المجتمع تمثل نفس النسبة من مجموع الشباب (١٥-٢٤ سنة) .

والواقع ان الشباب الريفي يعيش مجموعة من الاوضاع التي تمثل فى مجموعها مناخا اجتماعيا وثقافيا وصحيا واقتصاديا يعوق نمو الشباب ويضر به وبمجتمعاته الريفية سواء كانت هذه الأوضاع الممتدة من الماضى البعيد والقريب لا تزال مستمرة تؤثر تأثيرا حادا على الحياة الريفية ، وبالدرجة الأولى على الشباب الريفي ، أو كانت نتيجة متغيرات حديثة هاجمت القرية المصرية بصورة مفاجئة .

وعلى ضوء هذه الأوضاع فان مجموعة من حاجات الشباب الريفي أصبحت تفرض نفسها على الموقف ، ومن أهمها :

- الحاجة الى معونة القرية المصرية لاستيعاب معطيات التقدم التكنولوجى المعاصر ، والاستفادة بجوانبه البناءة ، مع السيطرة على آثار الصدمة الثقافية أو الحضارية التي يتعرض لها سكان الريف وبصفة خاصة الشباب .

- الحاجة الى تطوير النظام التعليمى فى الريف ، بحيث يرتبط

تندرج تحت مجموعة من المجموعات الأربع يمكن أن تندرج أيضا تحت مجموعة أخرى ، نظرا لما يحققه من اشباع لحاجات متزامنة .

المجموعة الأولى :

ويمكن أن يطلق عليها الحاجات البدنية ومنها : الحاجة الى الغذاء والكساء والمأوى ، والحاجة الى التدريب والتنمية البدنية ، والحاجة الى الراحة ، والحاجة الى الشفاء من الأمراض والوقاية منها ، والحاجة الى الحماية من أواء العصر التي تفتك بصحة الشباب وتقتل الروح المعنوية والطموح .

المجموعة الثانية :

وهي ما يمكن ان يطلق عليها الحاجات النفسية ومنها : الحاجة الى الانتماء والحاجة الى المحبة ، والحاجة الى تحقيق الذات ، والحاجة الى التحرر من الخوف ، والحاجة الى حرية التعبير عن النفس ، والحاجة الى النجاح فى الانجاز والثقة بالنفس ، والحاجة الى الأمن ، والحاجة الى القبول والتقدير .

المجموعة الثالثة :

وهي ما يمكن اعتباره حاجات اجتماعية ومنها : الحاجة الى مكانة اجتماعية معترف بها ، والحاجة الى المعاملة العادلة والمساواة فى الحقوق والواجبات ، والحاجة الى الصداقة والحاجة الى الارشاد والتوجيه بعيدا عن أساليب الرصاية أو الحجر على الحق فى اتخاذ القرار أو على الأقل المشاركة فيه ، والحاجة الى تكوين أسرة ، والحاجة الى مزيد من فرص المشاركة الأساسية فى قطاعات الحياة الهامة فى المجتمع ، وأخيرا حاجة كل الشباب الى استثمار أوقاتهم الحرة فى شتى أنواع النشاط الترويحي التي تنمى امكاناتهم فى ممارسة الرياضة واكتساب المهارات فى الآداب والفنون والموسيقى .

المجموعة الرابعة :

وهي ما يمكن أن يعتبر حاجات تعليمية ، ومن بين هذه الحاجات : الحاجة الى التزود المتجدد بالمعرفة ، والحاجة الى تنمية المهارات

باحتياجات المجتمع الريفي ، ويؤدي الى زيادة ارتباط الشباب الريفي بمجتمعه والحد من نزوحه الدائم منه .

- الحاجة الى برامج لتعبئة جهود الشباب لإصلاح البيئة .

- الحاجة الى برامج لزيادة مشاركة الشباب الريفي من الجنسين في انتاج الغذاء .

- الحاجة الى تطوير وتحديث الزراعة ، بحيث يستطيع عائد العمل الزراعي ان يجتذب اليه أعدادا كبيرة من الشباب الريفي .

- الحاجة الى برامج لتدريب الأعداد الكافية من الشباب الريفي على الحرف اللازمة للتنمية العمرانية في الريف (الكهرباء - النجارة - السباكة - الميكانيكا - البناء) .

- الحاجة الى انشاء مؤسسات شبابية ريفية أكثر ملاءمة في أنشطتها وبرامجها لحاجات الشباب الريفي .

الشباب الحضري :

يمثل الشباب الحضري في مجموعه نسبة عالية في مجتمعنا ، وهي ظاهرة تنبئ المؤشرات بتزايدها عاما بعد عام ، مع زيادة السكان وتزايد معدلات الهجرة من الريف الى الحضر . وعلى الرغم من أن الشباب الحضري قد يشعر بأن معيشته في مجتمع المدينة أكثر متعة وتشويقا بما يتوفر فيه من فرص عديدة للعمل والترفيه ، الا انه لا يجد العدد الكافي من المؤسسات أو المنشآت الشبابية التي تتيح له امكانيات ممارسة ما يحتاجه ويرغب فيه من أنشطة رياضية وثقافية وترويحية مختلفة ، وهو أمر لا بد من العمل على تداركه فيما يوضع للعمل مع الشباب من خطط وبرامج للمدى القصير أو البعيد .

ومن ناحية أخرى يعاني المجتمع الحضري في الوقت الحالي من مشكلات صحية وعمرانية عديدة ومن اضطراب في حركة سكانه وتدافعهم نحو غايات متضاربة ، ومن ثم فان هذا المجتمع قد أصبح في مسيس الحاجة الى تعبئة جهود الشباب فيه للاسهام في شئونه العامة والمشاركة في علاج مشكلاته .

ولن يتحقق ذلك الا من خلال اعطاء الشباب الفرص للمشاركة في

صنع القرارات ، والحصول على التقدير المناسب والمكانة الاجتماعية اللائقة ، مقابل ما يقدمه لمدينته من خدمات وما يبذله من جهود للنهوض بمستوى الحياة فيها ولصيانة مرافقها ، وغير ذلك .

شباب العمال :

يبلغ عدد من ينطبق عليهم مفهوم الشباب بين العمال حوالي المليونين ، وهم بهذا يمثلون نسبة كبيرة من القوة العاملة كلها . وتبرز حقيقة أوضاع وظروف هذا القطاع الكبير من استيعاب الحقائق التالية :

- أن المتغيرات السريعة في أساليب العمل الصناعي وأدواته التي أحدثها التقدم التكنولوجي ، قد أصبحت تستوجب الاهتمام بالتنمية الفنية والعلمية لشباب العمال ، كي يتمكنوا من مسايرة هذا التقدم والمشاركة بفاعلية في زيادة الانتاج والتفوق فيه .

- أن هناك صعوبات تواجه شباب العمال ، خاصة الحرفيين ، بالمراد ارتفاع الأجور بمعدلات كبيرة مع استمرار انخفاض مستواهم الثقافي والاجتماعي ، مما يؤثر على قدرتهم في التكيف مع المجتمع ، وفي الارتقاء بمستويات معيشتهم على الرغم من الزيادة الكبيرة في دخولهم . ومن هنا تبرز أهمية التنمية الثقافية والفكرية لشباب العمال .

- أن هناك فئة غير قليلة من شباب العمال غير المهرة الذين يحتاجون الى التوجيه والتدريب المهني ، لتوفير احتياجات المجتمع من العمالة الفنية الماهرة .

- أن هناك عددا كبيرا من الصبية الحرفيين الذين يعيشون ويعملون تحت ظروف بالغة المشقة ، وهو أمر يستوجب أن تتضمن خطط العمل مع الشباب برامج للعناية بهم ورعايتهم .

الشباب الطلابي :

يتكون هذا القطاع الشبابي من طلاب التعليم العام بمراحلته الإعدادية والثانوية وكذلك طلاب الجامعات والمعاهد العالية ، ويبلغ عددهم ما يزيد على المليونين ، لهذا فان هذا القطاع يشكل جماعة شبابية لها وزننا الكبير بين شباب مجتمعنا كله ، فهو أكثر قطاعات الشباب عددا وتقدما من النواحي العلمية والثقافية والاجتماعية ، فضلا عما يتوفر لهذه

الجماعة الكبيرة من سهولة التجمع والحركة داخل المجتمع ، والتأثير على عمليات التغيير في المجتمع ، خصوصا مع انتشار مؤسسات التعليم ومعاهد .

ومن أهم ما يتميز به الشباب في هذا القطاع الرغبة الصادقة في المشاركة وفي تحمل مسئوليات العمل الوطنى العام . ومن ثم فان تطلعات واحتياجات هذه الفئة من الشباب يمكن اجمالها فيما يلى :

– نظام تعليمى متطور ، يكون أكثر ارتباطا بحاجات التنمية في دول المنطقة ، وأكثر ارتباطا بأمال وطموحات الشباب أنفسهم ، ويعطى عناية أكثر لاهتمامات الشباب الطلابي في جميع الميادين الثقافية والاجتماعية والسياسة والمهنية .

– تنظيمات طلابية أكثر فاعلية ، تسمح لهم بالقدر الكافي من المشاركة في صياغة العملية التعليمية التي تجعلهم شركاء أساسيين ، لا مجرد مستقبلين لما يوضع لهم من برامج تعليمية وما يطبق من طرق وأساليب للتعليم .

– قنوات أو برامج تسمح لهم بالمشاركة في الحياة العامة والتعبير عن آرائهم حيال قضايا المجتمع الهامة .

الشباب غير المتعلم :

يمثل هذا القطاع نسبة مرتفعة من الشباب في المجتمع ، ولهذا فهم يمثلون موردا بشريا هائلا لابد أن يستثمر في تنمية الكثير من خدمات وبرامج العمل مع الشباب ، وتعانى فئة الشباب غير المتعلم تخلفا اجتماعيا وثقافيا يوقى تكيف أفرادها مع المجتمعات التي يعيشون فيها ، مما يجعل من هؤلاء الأفراد ثروة بشرية مبددة . ومن هنا ، فان العمل مع الشباب لابد أن يوفر البرامج التي تستهدف التنمية العلمية والثقافية لشباب هذا القطاع ، ومعاونتهم على تقريب المسافة الاجتماعية والعلمية التي تفصلهم عن أقرانهم من الشباب المتعلم .

قطاع الشبابات :

يمثل العنصر النسائي ٤٧٪ من مجموع الشباب في مصر . ومما لاشك فيه أن المرأة المصرية قد عاشت سنين طويلة في ظل أوضاع وظروف عانت بسببها الكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية والاقتصادية ، خصوصا في الريف . ومع التطور والكفاح ، حصلت المرأة المصرية على المساواة مع الرجل في الحقوق والواجبات ، الا أن

شرائح كبيرة من الفتيات المصريات في الريف والحضر ، ما تزال في حاجة ماسة للتنمية والمعاونة في التغلب على المشكلات التي تحد من قدرتها على أداء دورها الهام كشريكة للرجل في النهوض بمجتمعنا ، كما تضعف من كفاءتها في أداء دورها الأكثر أهمية في رعاية أسرته وتنشئة أطفالها . ومن ثم فان هذا القطاع الشبابي الهام في أمس الحاجة الى المزيد من البرامج الفعالة للارتقاء بمستويات الفتاة المصرية ثقافيا واجتماعيا ، لتصبح زوجة أصلح وأما أفضل ، ومواطنة أكثر وعيا وادراكا لحقوقها وواجباتها .

قطاع البدو :

في مصر عدد من المحافظات الصحراوية التي تنتشر بها البوادي ، ولهذا فقد امتدت رعاية الشباب الى هذه المحافظات .

وشباب البدو ، كسكان مجتمعة ، يتسم بعدم الاستقرار المكاني ، فهو في ترحال دائم وراء فرص الحياة والعمل داخل مناطق البادية ، مما يترتب عليه صعوبة تقديم خدمات الشباب التقليدية الخاصة بشباب القطاعات الأخرى . كذلك فان هذه الفئة من الشباب تكاد تكون في شبه عزلة عن التطورات والتغيرات التي تحدث في مجتمعات مستمرة التطور . هذا بالإضافة الى أن شباب البدو يزاولون مهنا بدائية كالزراعة ، وبعض انواع الزراعة الصحراوية ، الى جانب التصنيع اليدوي لبعض خامات ومعطيات البيئة ، وكلها أعمال لا تكسب الشباب مهارة أو خبرة مهنية ذات كفاءة عالية ، وبالتالي فان عائد هذه الأعمال يمثل دخلا متواضعا لا يمكنهم من تحسين مستواهم المعيشي أو الارتفاع به . ومن هنا كان لابد من التفكير في أساليب جديدة لرعاية هذه الفئة من الشباب ، واستغلال مناطق تجمعاتهم الموسمية ومراكز التسويق الخاصة بمنتجاتهم في تقديم الخدمات لهم ، على أساس أن هذه التجمعات هي أنسب المواقع للالتقاء بمجموعات كبيرة من شباب البدو ، ولغترات قد يطول بعضها الى عدة شهور . هذا الى جانب ما بدأ تنفيذه من مشروعات لتوطين البدو ، مما يساعد على تقديم خدمات مستقرة أقوى تأثيرا في توجيه شباب البدو ورعايته .

الشباب المعاقون :

تزايد عدد الشباب من المعاقين بمعدلات سريعة وكبيرة نتيجة للحروب المتعاقبة التي خاضتها مصر ، منذ ١٩٤٨ وحتى عام ١٩٧٣ .

ولقد نتج عن هذه الحروب استشهاد الآلاف من شباب مصر ،
وأصابة آلاف آخرين بأنواع متعددة من الإعاقة .

لذلك فإن الأمر يستوجب دراسة شاملة لتحديد عدد هؤلاء الشباب
المعاقين ، وحجم المشكلة التي يمثلونها ، والخدمات التأهيلية التي تقدم
لهم ، ثم وضع الخطط والبرامج اللازمة لاستكمال عمليات تأهيلهم
اجتماعيا وطبيا ومهنيا ، حتى يعاينوا مسيرة الحياة بأقل قدر ممكن من
مشاعر المرارة والاحباط .

إن الاهتمام بهذه الفئة من الشباب ليس مطلباً عادلاً ووفاء لهم
فحسب ، وإنما هو أيضاً ، وبالدرجة الأولى ، مطلب تنموي يعيد لهذه
القوى الشبابية حيويتها وقدرتها على المشاركة الفعالة في التنمية .

وبعد هذا العرض لقطاعات الشباب ، يجب التنويه بأنه لا مفر من
وجود تداخل بين بعضها ، مما يجعل الكثير من الشباب ينتمون إلى
أكثر من قطاع ، فيعامل الفرد الواحد مثلاً على أنه من شباب العمال
ومن الشباب غير المتعلم ، أو على أنه من شباب الطلاب ومن الشباب
الريفي في الوقت نفسه ، وهكذا ، وعلى أي حال فإن هذا التداخل لا
ينبغي أن يفوت التخطيط السليم للعمل مع الشباب ، إذ يمكن تصنيفهم
على أساس قوة السمات التي تميزهم ، أو التجانس الذي يجمع بين
الأفراد في كل قطاع .

التخطيط للعمل مع الشباب

ينبغي أن يكون التخطيط للعمل مع الشباب - على ضوء ما سبق
بيانه - عملية متكاملة وشاملة ، بحيث تستوعب خمسة عناصر أساسية
هي :

الريادة :

إن ميدان العمل مع الشباب في مجتمعا ، يجب أن تكون دعامة
الأولى الريادة المتطوعة ، فبدون ذلك لن يتسنى توفير كل ما يلزم من
رواد ، ولا يعني ذلك أن تستبدل بالريادة المهنية العاملة الريادة المتطوعة
ولكن معناها أن تكون مسئوليات المهنيين العاملين في ميدان الشباب
الدعوة إلى التطوع لريادة الشباب بين المثقفين ، ثم تنظيم استخدام
الرواد المتطوعين في مجالات العمل مع الشباب ، ومتابعتهم وحفزهم
لادراك ما لهذا العمل التطوعي من أهمية .

وسواء كان الرواد مهنيين أو متطوعين ، فينبغي وضع خطط فعالة

لتدريبهم وإعدادهم إعداداً جيداً ، يستهدف تنمية الشخصية الريادية
التي تتسم بثلاث خصائص رئيسية يجب أن تكون أهدافاً استراتيجية
لجميع البرامج أو النوات أو النوات التدريبية لرواد الشباب . وهذه
الخصائص الثلاث هي :

- مجموعة من المعارف الأساسية التي تكسب رائد الشباب وضوحاً
في الرؤية وعمقاً في الإدراك لطبيعة هذا العمل وفلسفته وأهدافه
ومبادئه .

- مجموعة من المهارات التي تمكن الرائد من التعامل بنجاح مع
المواقف المختلفة التي يواجهها في تعامله مع الشباب .

- مجموعة من القيم والاتجاهات تكون في جملتها ما يمكن أن يسمى
بأخلاقيات الريادة ، مما يجعل رائد الشباب قادراً على كسب ثقتهم
واحترامهم وحبهم ، ومن ثم يصبح قادراً على التأثير فيهم وتحقيق
أهداف العمل معهم .

التخطيط لبرامج النشاط :

وعلى ضوء ما سبق طرحه عن مفهوم العمل مع الشباب وأنشطته ،
تتبين الحاجة إلى وجود اتفاق على أسس عامة عن التخطيط لبرامج
النشاط الشبابي ، من بينها على سبيل المثال ما يأتي :

- برامج النشاط وسيلة لتحقيق الأهداف التربوية للعمل مع
الشباب ، وليست أهدافاً أو غايات في حد ذاتها . وعلى ذلك فإن كل
برنامج لابد أن تكون له أهداف محددة واضحة قابلة أو صالحة للمتابعة
والتقييم .

- يجب التمييز بين نوعين أساسيين من برامج النشاط : الأول ،
برامج عامة للعمل مع القاعدة العريضة من الشباب ، وهذه يجب أن تبتعد
بقدر الامكان عن التركيز على المواهب الفردية ، وأن تستهدف النمو
الأساسي المتكامل للشباب (فكرياً وبدنياً ونفسياً واجتماعياً) . والثاني
برامج نشاط خاصة لتنمية المواهب والاستعدادات المتميزة التي تكتشف
خلال تنفيذ البرامج العامة ، وهذه يجب التركيز فيها على تنمية الموهبة
والاستعداد . ومن الطبيعي أن تشتمل خطة البرامج على كل من النوعين
مع زيادة الاهتمام بالبرامج العامة التي يجب أن يكون لها الأولوية في
الخطة .

- يجب تصنيف برامج العمل مع الشباب إلى ثلاثة أنواع :

- برامج التنمية الجمالية فى الفنون والآداب المختلفة .
 - برامج التكوين المهنى للشباب المتسرب من التعليم .
 - برامج الخدمة العامة التى تشجع الشباب على التطوع لخدمة مجتمعه فى شتى النواحي العامة .
 ولهذه البرامج صور ثلاث :
 الأولى : التطوع للعمل بالمؤسسات الخدمية القائمة فى المجتمع المحلى .
 والثانية : الالتحاق بفرق محلية للاطفاء والاسعاف والاغاثة وصيانة المرافق وتحسين البيئة .
 والثالثة : الاشتراك فى الحملات العامة لمكافحة الآفات والتشجير وتمهيد الطرق ورثم البرك والنظافة العامة ، وغير ذلك من أمور تقتضيها المصلحة العامة .
 التخطيط لتنمية التنظيمات الشبابية :
 اذا كان الهدف الرئيسى للعمل مع الشباب هو توفير أنسب الأجواء وأصلحها للنمو الذى يكتسب الشباب خلاله خصائص المواطنة الصالحة فان العمل مع الشباب يصبح فى مضمونه عملية تربوية مكاملة ومدعمة لعمليات التربية التى تقوم بها المدرسة والمعهد والجامعة ، والفرق الواضح بينهما هو أن العمليات التربوية فى العمل مع الشباب تستخدم المجتمع كله مؤسسة لها ، كما تعتمد على تجارب الحياة نفسها كمنهج لها ، بينما تستخدم العمليات التربوية فى المدرسة والمعهد منهجا مرسوما ومحددا ، وبهذا تتجسم أهمية رعاية الشباب فى أن مناهجها هى التجارب الحية التى يعيشها الشباب ، أو التى يمكن أن يوجه الى ابتداعها وصياغتها والعيش فيها معها .
 واذا كان من الضروري أن يتوفر للشباب البرامج والرواد ، فانه يجب أن تتوفر لهم أيضا فرص الانتماء الى جماعات منظمة يؤثرون فيها ويتأثرون بها . وبدون وجود هذه الجماعات المنظمة يفقد العمل مع الشباب وسيلته الأولى فى تحقيق أهدافه التربوية .
 التخطيط لتنمية المؤسسات والمنشآت والمرافق :
 اذا ما عنى التخطيط بتنمية الريادة وتوفير البرامج وتنظيم جماعات الشباب فان تكامل الخطة يستدعى أن تتضمن تخطيطا لتوفير المؤسسات والمنشآت والمرافق المحلية والقومية التى تكفل للشباب بفئاته

× برامج علاجية : مساعدات اجتماعية ، علاج انحرافات ، علاج طبي ، وغيرها .
 × برامج وقائية : شغل أوقات الفراغ ، الترويح ، التوجيه المهنى ، التوجيه الاجتماعى ، الاعلام الموجه ، وغيرها .
 × برامج تنموية : تنمية ثقافية ، اقتصادية ، علمية ، خدمات عامة ، تنمية المواهب والقدرات الخاصة ، تدريب مهنى ، وغيرها .
 - ان أى برنامج مهما كان الطابع الغالب على نشاطه - رياضى ، اجتماعى ، ثقافى ، أو اقتصادى أو مهنى أو صحى - لابد أن يكون متكامل الاهداف بحيث يوفر فرص النمو البدنى والفكرى والنفسى والاجتماعى للشباب .
 - ان يتم تخطيط البرامج على ضوء نتائج دراسة وتقدير حاجات الشباب ومشكلاتهم بصورة دورية ، حتى تأتى البرامج محققة لأهدافها فى اشباع حاجات الشباب ، وعلاج مشكلاتهم المتغيرة .
 وعلى ضوء ما تضمنه هذا التقرير من عرض لحاجات ومشكلات الشباب بوجه عام ، وحاجات كل من قطاعاته المختلفة ، فان الحاجة واضحة الى وضع خطط شبابية جديدة تعطى الاهتمام الكافى للبرامج التالية :
 - البرامج الرياضية التى تكفل فرص ممارسة اللعاب الرياضية الأساسية لجميع فئات الشباب ، والتى تمتد خدماتها لتشمل القاعدة العريضة من الشباب فى كافة قطاعاته فلا تقتصر على النخبة .
 - برامج التنمية الزراعية والغذائية ، خصوصاً للشباب الريفى والبلوى من الجنسين ، والتى تقوم على أساس تكوين جماعات من شباب الريف والبادية لممارسة أنواع من النشاط الانتاجى فى مجالات : تربية الدواجن والاغنام والماشية والنحل ، وصناعات الالبان وتعبئة وحفظ المنتجات الزراعية .
 - برامج تأهيل الشباب من معوقى الحرب .
 - برامج السياحة الداخلية والرحلات .
 - برامج تنمية المرأة بمستوياتها .
 - برامج التنمية العلمية والتكنولوجية ، بتشجيع قيام الجماعات الشبابية العلمية ، التى تمارس الأنشطة العلمية المختلفة ، وتتعرف على التقدم التكنولوجى المعاصر .

المختلفة أنسب الأجواء لممارسة نشاطاته .

وهنا تبرز أمامنا تساؤلات هامة منها على سبيل المثال لا الحصر :
- هل هناك حاجة فعلية الى انشاء المزيد من المرافق والمنشآت الجديدة للشباب ، أم اننا فى حاجة الى تنظيم استخدام المرافق والمنشآت القائمة فعلا ؟ .

- طالما أن العمل مع الشباب كما أسلفنا يعتبر مسئولية عامة تتضامن فى تحملها العديد من الوزارات والهيئات ، فهل يمكن الاتفاق على تيسير استخدام الشباب للمرافق والمنشآت التابعة لكل هذه الوزارات دون أن يترتب على ذلك تناقض مع الخدمات الأساسية التى تستخدم فيها هذه المرافق والمنشآت ؟ .

- ما هو الموقف بالنسبة لمؤسسات ومرافق رعاية الشباب القائمة ؟ وما مدى كفايتها عددا ونوعا ؟ وما هى الصعوبات والمعوقات التى تعانى منها هذه المؤسسات ؟ وما هى الامكانيات أو المقترحات التى تكفل تدعيمها وتطويرها دون ارهاق كبير لموارد الدولة فى المرحلة الحالية بظروفها الراهنة ؟ .

- الى أى مدى يمكن استخدام أراضى المنفعة العامة ؟ فإذا أمكن الاجابة على هذه التساؤلات ، فلا بد أن يستتب ذلك تخطيط واع لاستخدام الامكانيات المتاحة فى توفير ما يلزم للشباب من مرافق ومنشآت .

تطوير دور بعض المؤسسات المحلية الهامة :

وتطبيقا لما استقر عليه اجماع المسئولين عن العمل مع الشباب من أنه عمل يتم بالمجتمع والمجتمع ، فانه ينبغى أن يتضمن التخطيط الجديد للعمل مع الشباب استحداثا أو تطويرا لدور المؤسسات المحلية : الاقتصادية والتعليمية والاجتماعية والثقافية ، بما يسمح لكل منها بالمشاركة الفعالة فى هذا العمل الوطنى الهام . وفيما يلى أمثلة لمقترحات تستهدف تطوير بعض المؤسسات المحلية ، على سبيل المثال :
- دور العبادة : أن يمتد نشاطها - بجانب العبادة والأنشطة الدينية - ليكون لها دور فى العمل مع الشباب وتعبئة لخدمة مجتمعاته المحلية ، والمشاركة فى القضاء على ما يواجه هذه المجتمعات من مشكلات ملحة ، كالأمية وتلوث البيئة ، وضعف الترابط الاجتماعى بين المواطنين فى الجيرة الواحدة ، وظهور انواع جديدة من الجرائم المهددة

لأمن المواطنين . ويستدعى ذلك النظر فى أن يلحق بكل دار عبادة رائد اجتماعى دينى ، للعمل مع المواطنين فى المجتمع ، وبصفة خاصة الشباب ، على أن يجمع هذا الرائد فى تأهيله العلمى بين الدراسات الدينية والاجتماعية

المدرسة : أن تطور خدماتها ، بحيث لا يقتصر دورها على تدريس مناهج التعليم الرسمية وحدها ، بل تتحول إلى ما أصبح يعرف فى دول كثيرة « بمدرسة المجتمع » وهنا ينبغى أن يكون ضمن مناهجها ما يرتبط ارتباطا وثيقا بحاجات المجتمع المحلى الذى تعمل فى نطاقه .

المستشفى المحلى : أن يقدم كل مستشفى خدمة اسعاف محلية ، على أن يفتح باب التطوع لشباب كل حى أو قرية ، لتكوين فرقة اسعاف محلية ، يقوم المستشفى - أو المؤسسة الصحية المحلية - بتدريب أعضائها وإعدادهم لتقديم هذه الخدمة تطوعا . كما يمكن ان يتطوع الشباب فى هذه المجتمعات المحلية للعمل لساعات محددة اسبوعيا (٦ ساعات مثلا) فى صورة مناوريات ، تحت اشراف المستشفى وبالإضافة الى ذلك فان الالتزام الوطنى يقتضى من كل مستشفى خاص أن يسهم فى التوعية الصحية فى الحى الذى أقيم فيه .

الشركات والمصانع المحلية : يمكن ان تقوم كل منها بتوفير منح تدريب بها لطلاب الكليات والمعاهد الفنية ، خلال إجازاتهم الصيفية وقبل تخرجهم ، وبذلك يتوفر لهذه المؤسسات الاقتصادية ، بصفة دائمة ، تنمية القوى العاملة بها ، من خلال عناصر جديدة من الشباب المدرب على ظروف العمل وأوضاعه الطبيعية .

البنوك : ويمكن أن تسهم فى التمويل المحلى لمشروعات وبرامج الشباب . كما يمكن لبعضها ان تتبنى بعض المؤسسات الشبابية وتمولها وهذا التقليد كان قائما من قبل فى المجتمع المصرى .

مراكز الشباب : ويمكن تطويرها بحيث تصبح أقرب الى مراكز لتنمية المجتمع وخدمته ، بجانب ما توفره للشباب من امكانيات لممارسة أنشطته الرياضية والثقافية والاجتماعية المختلفة .

وبالإضافة الى الأمثلة السابقة فانه يمكن أيضا التخطيط لتطوير دور قصور الثقافة والأندية الرياضية بحيث تزداد فاعليتها فى العمل مع الشباب وفى تنمية المجتمعات المحلية التى تعمل فيها .

الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩

استراتيجية النهوض بمراكز الشباب

يعرض هذا التقرير بإيجاز ما أسفرت عنه الدراسة المطولة ، حول أهم المشكلات التي تحول دون قيام مراكز الشباب بدورها المخطط لها . وتشمل هذه المراكز : الأندية الريفية القائمة بالقرى ، وكذلك الساحات الشعبية بالمدن .

وقد مرت هذه المراكز بمراحل مختلفة ومشكلات صاحبت المتغيرات الاجتماعية والسياسية الى ان ضمت الهيئات الاهلية العاملة في مجال الشباب والرياضة ، التي صدر بشأنها القانون رقم (٢٦) لسنة ١٩٦٥ والقوانين المعدلة له .

مراكز الشباب :

يعرف القانون « مراكز الشباب » بأنها كل هيئة مجهزة بالمباني والامكانيات ، تقيمها الدولة أو المجالس المحلية أو الافراد - منفردين أو متعاونين - في المدن أو القرى بقصد تنمية الشباب في مراحل العمر المختلفة ، واستثمار أوقات فراغهم في ممارسة الأنشطة الروحية والاجتماعية والرياضية والقومية وما يتصل بها ، تحت إشراف قيادة متخصصة .

وقد بلغ عددها في عام ١٩٨٧ : ٤٣٧٠ مركزا ، منها : ٣١٩٠ مركز

٣٩٤

قرية ، ٢٨٠ مركز مدينة ، ٢٢ مركز محافظة (استاذ) .

أهم مقومات العمل مع الشباب :

أولا : الامام بما يأتي :

- طبيعة الانسان وحاجاته وامكانيات توافق هذه الطبيعة مع متغيرات العصر .

- النشاط الانساني ومجالاته الفنية ودعمه بالقيم المرغوبة في تنمية المهارات وغرس العادات والسلوكيات في المعاملات والعبادات .

- الامكانيات الضرورية المتاحة والممكنة لتنظيم مواقف النشاط المختار المشبع للرغبات والمقابل للحاجات .

- الأسس والمبادئ العلمية وطرق ادارة أوجه النشاط بالمؤسسة .

- التشريع الحاكم الذي يحدد الحقوق والواجبات والاختصاصات والمسئوليات .

ثانيا : حسن الأداء والارتقاء بالمستوى ، من حيث :

- الافراد ونظام العضوية بالمركز .

- النشاط ونظم البرامج وطرق تنفيذها .

- القيادة ونظام الاشراف والتوجيه .

- الامكانيات ونظام المرافق وصيانتها .

- الموازنة ونظام التمويل وترشيد الانفاق .

- الادارة والتنظيم المنسق بين مجموعة هذه النظم لتحقيق الاهداف

الكلية للمركز .

وقد تناولت الدراسة المطولة استخدام الأساليب العلمية من دراسة

مكتبية واستطلاع للرأي وزيارة ميدانية ، وأسفرت المناقشات - التي

شارك فيها مديرو مديريات الشباب ومديرو المناطق بها ومديرو بعض

المراكز بالقاهرة - عن وجود مشكلات ذات طبيعة مزمنة ، وعن اختلاف

الرأي حول بعض القضايا التي فجرها تبني بعض مراكز الشباب

لمشروعات خدمية ونتاجية ذات عائد مادي تخضع لسلطة رقابة واشراف

من وزارات اخرى مختصة .

وكان من أهم ما طرح من مشكلات :

- تبعية مراكز الشباب ، وتعدد جهات الاشراف والرقابة عليها .

- الافتقار الى العمالة الفنية المتخصصة .

- مجلس الادارة وطريقة تشكيله ، وظاهرة التعيين ووضع المدير .

- الاعانات المالية ، وعدم وجود قواعد واضحة فى تقديرها .

ومن أهم القضايا التى اختلف الرأى حولها :

- تبنى بعض المراكز لمشروعات انتاجية على حساب امكانات المركز

أو تجاوز الاختصاصات .

- انشاء دور الحضانه بالمركز ، وعلاقة ذلك وأثره على خروج المرأة

للعمل .

- انشاء فصول دراسية نظامية « مدرسية خاصة » داخل المركز .

- تبنى المركز لصناعات حرفية يتولاها صناع من غير الاعضاء ،

وعلاقة ذلك بمراكز التدريب المهني المختصة .

- انشاء مركز علاج طبيعى للمواطنين بداخل المراكز .

- ازواج الخدمات ، وانشاء نزل الشباب وعلاقتها ببيوت الشباب

من حيث الهدف والادارة .

- الجهود الذاتية والتطوع ، وأهمية التخصص العلمى فى العصر

الحديث لنجاح الادارة .

- أوجه التشابه أو الاختلاف بين المراكز والاندية الرياضية ، ومدى

امكان مساهمة المراكز فى الإعداد لقطاع البطولة الرياضية .

- شغل منصب رئيس مجلس الادارة بشخصية عامة ذات سلطة

عليا تنفيذية أو تشريعية ، هل يتفق أم يختلف مع الاولوية وطبيعة

المسئولية ومبادئ الادارة الديمقراطية .

وقد أسفر استطلاع رأى القادة العاملين بمراكز الشباب :

حول العضوية ، والامكانات ، والقادة ، والميزانية ، والمتابعة . عن

عدة آراء يخلص أهمها فيما يأتى :

- الأعضاء بالمراكز لا يقبلون على مزاولة النشاط ولايستفيدون من

البرامج الموضوعه .

- أن حجم العضوية المقيدة ضئيل بالنسبة للامكانات المتاحة .

- الامكانات المتاحة غير مستغلة الاستغلال المناسب ، ولا توجد خطة

للمصيانة .

- تأثير غلو الاسعار على صلاحية الأدوات ، وعدم وفرة الامكانات .

- حجم القيادة المهنية بالمراكز كاف ، ومستوى كفاءتها مناسب ، الا

أن مهمة الاشراف والتوجيه تتم بأسلوب سلطوى من داخل المركز .

- لا توجد خطة لاختيار القادة الطبيعيين أو صقلهم ، كما لا توجد

علاقة واضحة بينهم وبين القيادة المهنية رغم أن الهدف مشترك

والمسئولية متكاملة .

- العلاقة بين العاملين بالمراكز والمسئوليات الاشرافية الأعلى معدومة

تماما .

- المصروفات الادارية تمثل الجانب الاكبر فى الميزانية ، واجمالى

الاعتمادات غير معلوم لدى نسبة كبيرة من القادة .

- تعدد المراكز تقارير دورية عن نشاطها ، الا أنه لا توجد مراجعة

جادة لهذه التقارير .

وأسفر استطلاع رأى الشباب فى برامج مراكز الشباب

عما يلى :

- أن الخطة تأخذ الشكل المظهرى دون تطبيق فعلى أو واقعى

لأسباب منها :

• ان القادة لا يدعون الشباب للمساهمة فى إعداد الخطة للنشاط

الذى يخصهم .

• عدم جدية الشباب فى المشاركة .

• عدم توفر الاهتمام بالتخطيط للبرامج .

- ومن الأسباب التى تؤدى الى فشل البرامج بالمراكز :

• عدم توفر الامكانات المادية يؤدى الى عزوف الشباب عن

المشاركة .

استثمارية لها جدواها الاجتماعية ، ولكن لم تخضع للبحث من ناحية جدواها الاقتصادية ، ومدى العائد المباشر منها على الاعضاء .
- هناك فجوة عدم ثقة لها أثرها في وجدان الشباب نتيجة افتقار السلطة لما تطالب به غيرها .

- المواد المالية في تزايد مستمر سنويا ولكن دون بيان لأوجه الانفاق مع عدم الاعلام عن القواعد المتبعة التي تحكم قرارات الصرف ورقابة المصروفات ، رغم وجود صندوق خاص باسم صندوق التمويل الاهلى يباشر ادارته جهاز المجلس الاعلى وقيادته .

ونظرا لأهمية العمل على عودة مصر الى أمجادها في المسابقات والدورات العالمية ، وإيجاد الوسائل الكفيلة بتحقيق ذلك - فان هناك اجماعا على ضرورة وأهمية ذلك ، الا أن الخلاف دار حول دور مراكز الشباب ، في هذا المجال . فقد ذهب رأى الى توسيع مهام هذه المراكز بحيث تعاون في تحقيق هذا الغرض ، ولو اقتضى الامر اجراء تعديل تشريعى . بينما ذهب رأى ثان الى رفض هذا الاتجاه لمخالفته للقانون الذى يحدد اختصاص وعمل هذه المراكز .

بينما انتهى رأى أخير الى أن الامر يحتاج الى دراسة موسعة لهذا الموضوع الهام من كافة جوانبه . على أن تتعرض هذه الدراسة بالتفصيل وفي قسم خاص الى امكان توسيع مهمة مراكز الشباب ودورها الممكن للساهم في تحقيق الغرض من هذه الدراسة الموسعة .

التوصيات

وعلى ضوء ما جاء بالتقرير المطول والذى عرض على المجلس ، يوصى بما يلى :

في شأن تنظيم أعمال هذه المراكز :

- * ضرورة التعاون والتنسيق بين الجهود المبذولة من القيادات المهنية بالأجهزة الوظيفية والقيادات التطوعية بمجالس ادارة مراكز الشباب .
- * وضع سياسة ادارية ملزمة لتشغيل مراكز الشباب ، تتضمن قواعد تفصيلية لكل من مقومات العمل ونظمه الادارية ، وتحدد فيها

- عدم اشتغال البرامج على تنوع النشاط .
- البرامج لا تتناسب مع ميول ورغبات الشباب ، ولا تلائم الظروف النفسية والاجتماعية لهم .
- القائد لا يستخدم الاسلوب المناسب لترغيب الشباب للاقبال على النشاط .

نتائج الدراسة :

وقد انتهت الدراسة الى مجموعة من النتائج أبرزها ما يأتى :
- تحظى مراكز الشباب بأولوية فى الاهتمام ، وتوفير الاعتمادات اللازمة لها للاستكمال والانشاء الجديد وصرف اعانات ادارية وصلت نسبتها خلال السنوات العشر الماضية الى ثمانية اضعاف بالنسبة لمراكز المدن ، وأربعين ضعفا بالنسبة لمراكز القرى .

- لم يواكب الاتساع فى الانشاء وزيادة الاعانات ما يلزم من إعداد للقادة المتخصصين والمدرين لتوظيف واستثمار الامكانيات المتاحة .

- رغم النمو المتصاعد فى توفير الاعتمادات والامكانيات الا أن العائد ما زال غير مناسب ، ولا ينال الرضا من نسبة كبيرة من الشباب والقادة .

- عدم التجانس فى تشكيل مجلس الادارة وعلاقته بالمدير المتفرغ ، خاصة اذا كان من المؤهلين والمتدربين من قبل الجهة الادارية .

- تعدد السلطات وتدخلها فى شئون المركز .
- تنظيم مسابقات ومناقشات لتنشيط العضوية بالمراكز ولكن فوق طاقة المركز وقدراته .

- تبنى الأجهزة المركزية عددا محدودا من المراكز وموالاته بالمزيد من الاعانات تحت مسميات « مركز مطور » ، « مركز مكثف » ، « مركز منمذج » يشكل فوارق طبقية بين المراكز ذات الهدف المشترك الواحد والمسئولية المحكومة بنظام عمل اساسى واحد والتبعية الواحدة والخضوع لاحكام رقابية تباشرها الجهة الادارية المحددة .

- اتجهت مراكز الشباب لزيادة مواردها الى تبنى مشروعات

المسئوليات والواجبات والعلاقات والاجراءات اللازمة بتوجيه وتجميع الطاقات المبدولة والممكنة ، الكفيلة بتحقيق الأهداف دون تعارض أو ازواج .

* الاهتمام بأن تضاعف الدولة من عطائها المادى ، من خلال ما تتيحه الاعتمادات بالموازنة السنوية للدولة ، وما يتيحه صندوق التمويل الاهلى ، على أن تتجه هذه الزيادة بصفة رئيسية الى استكمال وانشاء مراكز جديدة لنشرها فى باقى أنحاء البلاد .

* وضع قواعد ثابتة وموضوعية لصرف الاعانات ترتبط أساسا : بحجم العضوية ، والنشاط ، ومستوى الاداء ، ونسبة النمو فى المستفيدين ، ومدى الاتساع فى رقعة الخدمات واتصالها بحاجة البيئة والمجتمع .

* أن يرتبط مقدار الزيادة فى حجم الاعانة لمراكز عن مراكز أخرى بمقدار يتناسب مع نسبة الزيادة والنمو الذى يتحقق فى تلك المراكز ، وليس بتصنيف المراكز واضفاء مسميات جديدة عليها .

فى شأن سياسات الانشاءات الجديدة :

* النظر فى عدم اقرار أى انشاء جديد قبل التأكد من حسن استغلال القائم ، والارتقاء باستخداماته لأكبر طاقة ممكنة ، وتوفير العمالة البشرية اللازمة لهذا الغرض .

* حصر ودراسة المطالب الانشائية ووضع خطة تنفيذية شاملة تتسق مع الخطة الخمسية للدولة ، وتدرج الاعتمادات اللازمة لمنشآت الشباب ضمن عناصرها .

* توزيع الاعتمادات اللازمة والمقررة لكل محافظة وفقا لما يخصص للمراكز الواقعة فى دوائرها ، سنويا ، دون الحاجة الى تكرار اجراءات المطالبة أو المراجعة والتصديق من السلطة المركزية .

* تحديد فترة زمنية تتراوح ما بين خمس سنوات الى عشر ، لا يجوز النظر خلالها فى طلبات انشائية جديدة لنفس المراكز أو الجهة .

* التنسيق والتوجيه لحسن استغلال الاعتمادات والاعانات

الانشائية على اختلاف مواردها : الحكومية ، والاهلية ، والمحلية ، والمركزية - المصرية والاجنبية - وفقا لتخطيط مركزى على درجة عالية من الكفاءة فى هندسة العمارة والمنشآت الرياضية والشبابية ، والمساحات الخضراء والطبيعية والصناعية المناسبة للبيئة ، واسناد ذلك الى هيئة استشارية متخصصة على المستوى القومى تنشأ لهذا الغرض .

فى شأن دور مجال الادارة :

* توفير الحد الأدنى من العمالة المتخصصة والقادرة على مباشرة العمل والمعاونة فى تصريف شئون المركز الفنية والمالية والادارية ، وذلك وفقا لمبدأ التفرغ الكامل ، أو العمل بعض الوقت ، وعن طريق التدب من أجهزة ديوان المحافظة أو مديرية الشباب أو مديريات التعليم أو غيرها فى نطاق الادارة المحلية . والعمل على استكمالها تدريجيا من الناحيتين العددية والفنية وفقا لخطة مرحلية لإعداد القادة والتدريب .

* تنظيم وعقد دورات تدريب تحويلية وتدريب نوعى لمباشرة المجالات التخصصية وفق مستويات القيادة والاشراف ، ومناهج مناسبة يكون الجانب الأكبر فيها للجوانب العملية والتطبيقية ، ويكون اجتيازها بنجاح شرطا من شروط التعيين بوظائف القيادة والاشراف بمراكز الشباب .

* العمل على منح الاجر أو المكافأة الجزئية لمن تنطبق عليهم الشروط المقررة والمرغوبة فى مهام القيادة والاشراف فى مجال العمل مع الشباب بمراكز الشباب لضمان الاستقرار والاستمرار دون تشتيت الجهود فى السعى لزيادة الايراد من جهود اضافية بأعمال مهنية أخرى غير متجانسة على حساب ما يتطلبه العمل بالمركز ، أو اقرار صرف بدل طبيعة عمل تشجع اقبال العناصر الممتازة على مثل هذه المهمة الحيوية .

* الاهتمام باعداد وتدريب مديرى مراكز الشباب ، على أن يضم مدير المركز الذى تنطبق عليه شروط الجهة الادارية فى شغل هذه الوظيفة الى عضوية مجلس الادارة فى مكان (السكرتير العام) المنتخب

، أو بقرار تعيينه ضمن ما يجوز للوزير ضمهم الى مجالس الادارة المنتخبة .

* اعادة النظر في الشروط الواجب توافرها للترشيح لعضوية مجالس ادارة مراكز الشباب بما يكفل الاستفادة بالشخصيات التي تشغل وظائف تربوية ، أو دينية أو صحية ، أو رياضية أو ثقافية ، في دائرة المدينة أو القرية ومؤسساتها - تحقيقا للتكامل والتناسق ، وتنشيطا للعضوية ، وجذباً لها .

في شأن تطوير أعمال المراكز :

* ادراج كل ما يقترح أو يتطلب اشتراك مركز الشباب في تنفيذه ضمن خطة عمل المركز وبرنامج ، ويصدر باقراره قرار من مجلس الادارة المختص ، ويكون المجلس مسئولاً عن التنفيذ ، ويخضع للإشراف والرقابة والتوجيه ، فضلاً عن المعاونة اللازمة للتغلب على الصعاب والمشكلات من مديرية الشباب والرياضة بصفتها الجهة الادارية المختصة .

* أن تتحدد صلة المركز في كل ما يخصه بجهة واحدة تلتزم بتجميع وتنسيق كل المشروعات ومطالب النشاط وأوجه الخدمات ، وهذه الجهة هي مديرية الشباب المختصة ، وعليها ان تنظم وتنسق في حدود ظروف وامكانيات مراكز الشباب الواقعة في دائرة المحافظة الواحدة .

* ايداع كل المبالغ المعتمدة والواردة لمشروعات محددة بحساب المركز وليس بحسابات فرعية أو مستقلة ، ويكتفى بمسك دفتر ارتباطات لتوضيح اجمالي الاعتمادات والمصروفات ، على أن تخضع للرقابة والتفتيش والتوجيه من الجهة الادارية المختصة .

* النظر في الغاء التسميات - على مراحل - التي تصنف مراكز الشباب الى مطور ، مكثف ، ومنمذج ، وتوحيد القواعد والمبادئ المرغوية في سياسة العمل مع الشباب وادارة مراكز الشباب ، وتعميم هذه السياسة وتطبيقها على مختلف المراكز .

٣٩٨

* ان يكون تدريب الشباب من الأعضاء بالمركز على اكتساب المهارات المفيدة له ولزيادة الانتاج بالمجتمع هو الأساس والهدف من تبني مشروعات ذات طابع انتاجي أو استثماري .

في شأن دور مجلس الادارة :

* إتاحة الفرصة كاملة لمجلس الادارة لممارسة اختصاصاته ومسئولياته وموالاته وتوجيهه ومعاونته من خلال رسم وتحديد السياسات واقرارها من السلطة المختصة ومتابعة تنفيذها بصورة دورية ومستمرة .

* اشراك الاعضاء الشباب في التخطيط لما يخصهم ، وإبداء الرأي في المشروعات والخدمات التي تستهدفهم من خلال تأكيد انتمائهم للتقسيمات التنظيمية للعضوية ، وتدريبهم على ممارسة حقهم في انتخاب من يمثلهم وينوب عنهم في التعبير عن رأيهم .

* النظر في عدم الفصل بين رئيس مجلس الادارة والأعضاء الترشيح لمجلس الادارة ، على أن يختار الرئيس من بين الأعضاء المنتخبين ، حرصاً على الاستفادة من الشخصيات المرشحة والمستعدة للعطاء ، والتجانس بينهم في العمل الجماعي وتقبل قيادته .

* النظر في عدم ترشيح الشخصيات العامة ذات المسؤوليات العليا في سياسة الدولة ومؤسساتها الدستورية لمناصب مجالس الادارة بمراكز الشباب الا عند الضرورة ، مع الاحتفاظ لهم بحقهم في العمل التطوعي ، وذلك لاتاحة الفرصة لكثير عدد من المواطنين في المشاركة الشعبية .

في شأن تطوير مهام المراكز :

* ضرورة اجراء دراسة عاجلة حول امكان توسيع مهمة مراكز الشباب ، لتشمل الاسهام في اعداد شباب هذه المراكز للمشاركة في المسابقات والدورات الرياضية الدولية والاولمبية ، ولواقضى الامر تعديلا تشريعيا بهدف تمكين مصر من العودة الى أمجادها في هذه المسابقات والدورات .

الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠

التربية البدنية والرياضية وأنظمتها في مصر

تعتبر الرياضة البدنية عملية استثمار متكاملة ، ولا سيما في الدول المتقدمة ، اذ يمثل النشاط الرياضى عاملا أساسيا في تحقيق أهداف المجتمع في التنمية والانتاج . ومن ثم أولت الدولة اهتمامها للتربية البدنية والرياضية ، لتوفير فرص ممارسة الأنشطة الرياضية للمواطنين ، من خلال عدة نظم ، سواء داخل المؤسسات الرياضية الحكومية أو خارجها .

وقد حظى هذا الموضوع باهتمام المجلس على مدى دوراته المتعاقبة فاعد في دورته الثانية دراسة عن : التربية الرياضية ووسائل النهوض بها . وأنجز في دورته الرابعة دراسة موضوعها : سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية . وفي دورته التاسعة خصص دراسة مستقلة لمراكز الشباب .

واستكمالا لهذه الدراسات أعد المجلس تقريراً موسعاً عن : التربية البدنية والرياضية وأنظمتها . وذلك على ضوء : موقف مصر من البطولات الدولية ، وتأثير الدافع الرياضى بمتغيرات متلاحقة أدت الى عدم ثبات مستويات اللاعبين ، وانقطاع التفريخ المستمر للمتميزين منهم ، الأمر الذى عرض الرياضة المصرية الى موجة حادة من النقد ،

لا سيما بعد دورة « سول » الأولمبية عام ١٩٨٨ ، مما كشف عن كثير من المعوقات التى تعترض تقدم الرياضة فى مصر .

وتلخص النقاط الرئيسية لهذا التقرير فيما يأتى :

أهمية التربية الرياضية :

تبدأ مرحلة الشباب - طبقاً لوجهة نظر المؤسسات العلمية التربوية فى مصر - من نهاية مرحلة الطفولة الاعتبارية (١٨ سنة) ، وتمتد اعتبارياً حتى سن الثلاثين ، الأمر الذى يفرض على المؤسسات الرياضية الاهتمام بالنشء والشباب منذ المراحل السنية المبكرة ، فى ظل سياسة علمية تربوية محددة الأهداف والمعالم ، لتسليحهم بالقدرات البدنية والعقلية التى تساعد على العمل والبناء ، والإسهام فى تحقيق أهداف المجتمع من أجل التنمية والتقدم .

ومن هنا تأتى أهمية الرياضة كوسيلة أساسية من وسائل تربية وتكوين المواطن الصالح ، موجة نحو تطوير البناء الوظيفى لأجهزة الفرد الحيوية ، والعمل على تحسين وتشكيل العادات الحركية ، والقدرات البدنية اللازمة لمقتضيات الحياة الانسانية ، بيد أن الرياضة لا تنحصر فوائدها فى نطاق الجوانب الجسمية وحدها ، بل تسهم أيضاً مع غيرها من الأنشطة الثقافية والعلمية والفنية فى تكوين شخصية الفرد بكافة محدداتها التكوينية والعقلية والثقافية والاجتماعية والنفسية . الا أنه لا ينبغى العمل من أجل الفوز الرياضى فى المسابقات الرياضية المحلية أو الدولية على حساب نشر الرياضة للجميع ، مع تجاهل القواعد الأساسية للروح الرياضية والقودة والمثل الأعلى ، ذلك أن سمعة مصر الدولية أكبر من أن يتحقق فيها نصر رياضى عابر ، أو أن يقلل منها تحقيق مستوى رياضى متواضع فى أحد اللقاءات الرياضية الدولية .

التنظيم الرياضى فى مصر :

مرت أجهزة الشباب والرياضة فى مصر بمراحل متعددة ، لتتواءم مع الاحتياجات الأساسية للشباب . وكان آخر هذه المراحل : صدور القرار الجمهورى رقم ٤٩٧ لسنة ١٩٨٩ ، بإنشاء المجلس الأعلى للشباب

والرياضة ، باعتباره هيئة عامة يرأسها وزير دولة للشباب ، وتتبع مجلس الوزراء .

ويضم لعضويته جميع الوزراء الذين تعمل وزاراتهم في مجالات رعاية الشباب وتوجيهها ، كما يضم ممثلين للهيئات الخاصة للشباب والرياضة ، بالإضافة الى رؤساء الأجهزة والقطاعات بالمجلس ، وعدد من الخبراء المتخصصين في مجالات التربية ومجالات العمل الرياضي الشبابي .

ويساعد التشكيل الحالي للمجلس على دعم العمل الرياضي والشبابي في المحليات حيث أنشئ في كل محافظة مجلس للشباب والرياضة برئاسة المحافظ ، كما أنشئت مديرية للشباب والرياضة بكل محافظة ، لها نفس مسئوليات واختصاصات الجهاز الوظيفي للمجلس الأعلى للشباب والرياضة على مستوى المحافظة .

ونخلص من ذلك إلى أن مسئولية رعاية الشباب والرياضة تقع حالياً على عاتق كثير من الوزارات والهيئات الحكومية والأهلية ، وفقاً لمجالات عمل كل منها ومسئولياتها الرئيسية ، وهذه الوزارات والهيئات تمارس مسئولياتها في مجال الشباب والرياضة في إطار السياسة العامة التي يضعها المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

وفيما يلي عرض مختصر لأهم الأجهزة والهيئات العامة العاملة في مجالات الشباب والرياضة :

أولاً : الأجهزة الحكومية :

أ- وزارة التعليم :

تهتم هذه الوزارة بحكم مسئولياتها عن تربية وتعليم النشء في قطاع التعليم ، بإتاحة الفرصة للطلاب لممارسة الأنشطة الاجتماعية والثقافية والفنية والقومية ، لتحقيق النمو المتكامل للطلاب بدنياً وعقلياً ووجدانياً .

ويتم تحقيق هذا الهدف ، فيما يختص بالتربية الرياضية ، بالوسائل التالية :

٤ . .

- دروس التربية الرياضية التي تدخل ضمن مناهج الدراسة في مراحل التعليم العام .

- برامج الأنشطة الرياضية التي يتم تنفيذها داخل المدرسة وخارجها ، بالإضافة الى خطة الدراسة المنهجية خلال العام الدراسي .

- برامج الأنشطة المختلفة التي يتم التركيز عليها خلال أشهر الصيف داخل بعض المدارس والمعسكرات الصيفية .

ويقوم على تنفيذ خطط وبرامج الرياضة في قطاع التعليم : الإدارة العامة للتربية الرياضية والعسكرية ، ومستشار التربية الرياضية بالوزارة .

ب - الجامعات :

يشرف على تنفيذ خطط وبرامج الرياضة في كل جامعة ، إدارة عامة لرعاية الطلاب ، يتبعها قسم لرعاية الطلاب في كل كلية من الكليات التابعة لها .

وتعمل إدارات رعاية الطلاب بالجامعات والكليات في تنسيق وتعاون مع الاتحادات الطلابية لتنفيذ خطة الرياضة ، ولا يقتصر تنفيذ الأنشطة والمسابقات الرياضية على أشهر الدراسة فقط ، بل تمتد لتشمل برامج الأنشطة الصيفية .

ج - المعاهد الدينية والأزهرية :

وهي معاهد دينية في مستوى مدارس التعليم العام ، تتبع الأزهر الشريف ، وتشرف على تنفيذ خطط رعاية الشباب بها الإدارة العامة لرعاية الطلاب بالمعاهد الدينية الأزهرية ، وينفذ برامج الخطة داخل المعاهد مدرسو التربية الرياضية بكل معهد كما هو متبع في مدارس التعليم العام .

د- المعاهد الفنية :

تتبع وزارة التعليم العالي ، وتشرف على تنفيذ خطة الرياضة بها الإدارة العامة لرعاية الطلاب بالوزارة .

بالإضافة الى أن هناك أجهزة حكومية أخرى في كل من وزارة

الصناعة ووزارة القوى العاملة ووزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة
استصلاح الأراضي ، تهتم بتنفيذ برامج رعاية الشباب والرياضة
لشباب العمال والفلاحين في حدود مسئوليات كل منها ، ويتم تمويلها من
المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

ثانيا : الهيئات الخاصة للرياضة :

أ- اللجنة الأولمبية :

تعتبر مصر من الدول الرائدة في مجال التمثيل الرياضي في
الهيئات الدولية . وقد تأسست اللجنة الأولمبية المصرية عام ١٩١٠ ،
وانضمت الى اللجنة الأولمبية الدولية في نفس العام . وكان التمثيل
المصري الأولمبي بشخصية أجنبية ، مما اضطر مصر الى الانسحاب
من الدورة الأولمبية بلوس أنجلوس عام ١٩٣٢ . وقد ظلت مصر بدون
تمثيل حتى عام ١٩٣٤ حيث عينت اللجنة الأولمبية الدولية شخصية
مصرية ممثلة لمصر . وقد اشتركت مصر منذ تأسيس اللجنة الأولمبية
المصرية في (١٣) دورة أولمبية ، كان أولها الدورة الأولمبية الخامسة
بأستوكهولم عام ١٩١٢ ، ومثل مصر فيها لاعب واحد ، ثم توالى تمثيل
مصر في الدورات الأولمبية حتى الدورة الأولمبية بسول .

ب- الاتحادات الرياضية :

بلغ عدد الاتحادات الرياضية في مصر حتى الآن (٣٧) اتحادا
رياضيا ، منها (٢١) أولمبيا ، (١٦) غير أولمبي ، كما تأسس بمصر
بعض الاتحادات الأفريقية والعربية ، وتعتبر مصر من الدول الرائدة في
ألعاب البحر الأبيض .

ويوجد بمصر حتى الآن أكثر من ٨٥٠ ناديا رياضيا ، و ٣٥٠٠
مركز شباب ، تعمل جميعها على نشر الرياضة لمختلف المراحل السنية
من الجنسين والارتقاء بالرياضة لمستويات البطولة . وذلك الى الاتحادات
النوعية مثل الاتحاد الرياضي للجامعات ، والاتحاد الرياضي للقوات
المسلحة ، والادارة العامة لاتحاد الشرطة الرياضي ، والاتحاد العام
للمؤسسات والشركات ، ويقوم كل من هذه الاتحادات برعاية شبابه من

الناحية الرياضية .

ج- الاتحادات النوعية :

والاتحاد النوعي هو هيئة تتكون من أندية أو هيئات أو جمعيات من
الخاضعة لأحكام قانون الشباب والرياضة ، تتماثل في أغراضها أو
نشاطها كـه أو بعضه ، بقصد تنظيم وتنسيق أوجه هذا النشاط بينها ،
وتبادل الاستفادة بمنشأتها ، وتنظيم مصادر تمويلها .

ويختص الاتحاد النوعي بما يلي :

- التنسيق بين برامج ونشاط الأعضاء ، وتسوية ما قد ينشأ بينهم
من خلاف .

- تنظيم عمليات التمويل المشترك للأعضاء ، وبحث وسائل تدعيم
ميزانيته .

- تقديم النصص والارشاد ، والمعونات المختلفة للأعضاء .

- اعتماد برامج الاستفادة المتبادلة بإمكانات الأعضاء .

- تزويد الجهة الادارية المختصة بالتقارير ، والمقترحات الكفيلة برفع
مستوى الخدمات التي يقدمها الاعضاء .

د - الأندية ومراكز الشباب :

تمثل الأندية الرياضية ومراكز الشباب ، الوحدة الأساسية للرياضة
في مصر . وقد حدد القانون الخاص بالشباب والرياضة مفهوم النادي
الرياضي بأنه هيئة تكونها جماعة من الأفراد ، بهدف تكوين شخصية
الشباب بصورة متكاملة عن طريق نشر التربية الرياضية بين الاعضاء
لتنمية ملكاتهم ، وكذلك تهيئة الوسائل لشغل أوقات فراغ الاعضاء ،
طبقا للتخطيط الذي تضعه الجهة الادارية المركزية .

ويعتبر النادي هيئة رياضية وفقا لأحكام قانون الشباب والرياضة ،
له الشخصية الاعتبارية ، ويجب عليه اتباع السياسة العامة والبرامج
والتوجيهات التي يضعها اتحاد اللعبة المختص . ومن أهم المقومات
الرئيسية لشهر الأندية ما يلي :

- لا يقل عدد أعضائه عن خمسين عضوا .

- أن يكون له مقر ثابت وأماكن صالحة لمباشرة الأنشطة .

- أن يكون له موارد مالية كافية للصرف على أوجه نشاطه .

أما مراكز الشباب فقد حددها القانون الخاص بالشباب والرياضة ، بأنها كل هيئة مجهزة بالمباني والامكانات التي تقيمها الدولة أو المجالس المحلية أو الافراد - منفردين أو متعاونين - في المدن أو القرى ، بقصد تنمية الشباب في مراحل العمر المختلفة واستثمار أوقات فراغهم في ممارسة الأنشطة تحت إشراف قيادة متخصصة .

وقد تطور عدد الهيئات العاملة في مجال الشباب والرياضة من عام ١٩٨٢ حتى عام ١٩٨٧ بصورة كبيرة ، حيث كان عدد الأندية الرياضية ٧٨٠ ناديا في عام ١٩٨٢ وأصبح ٨٦٥ في عام ١٩٨٧ ، وكان عدد مراكز الشباب في عام ١٩٨٢ نحو ٢٩١١ ، وأصبح في عام ١٩٨٧ نحو ٣٤٧٠ . وبالتالي زادت نسبة العضوية في الهيئات الرياضية عامة من ٢٩.٠٤٩ في عام ١٩٨٢ ، إلى ٧.٠٠٤ في عام ١٩٨٧ .

كما ارتفع عدد القادة المهنيين العاملين في هذه الهيئات من ٢٢٩٩ عام ١٩٨٢ إلى ١٠٠٥٨ عام ١٩٨٧ . وتشمل هذه العضوية الممارسين لجميع أوجه النشاط الرياضي والاجتماعي والثقافي والفني والروحي . أما ما يختص بالأنشطة الرياضية فقط ، فقد وصل عدد المستفيدين من الأنشطة الرياضية إلى ٣٢٢.٩١٤ .

هذا وقد حدثت طفرة في المنشآت والملاعب الرياضية خلال السنوات الأخيرة ، يمكن معها القول بأن هذه الملاعب قد زادت بنسبة ٣٠٪ عن الأعداد التي كانت موجودة من قبل .

ووفقا للنشرة الإحصائية الصادرة عن المجلس الأعلى للشباب والرياضة عام ١٩٨٨ ، يتضح زيادة حجم العضوية بمراكز شباب المدن من ١٥٦.٨٥٥ عضوا عام ١٩٨٣/٨٢ إلى ١٩٣.٨٠٦ عضوا عام ١٩٨٥ بزيادة قدرها ٣٦.٩٥١ عضوا ، تمثل حوالى ٢٤ ٪ . وتتوزع العضوية بمراكز شباب المدن وفقا للمراحل السنوية خلال السنوات الأربع الأخيرة ما بين ٢٧٪ ، ٢٩٪ سنويا لما هم دون الثامنة عشرة ، وما بين ٧١٪ ،

٤.٢

٧٣٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة ، وتصل نسبة الفتيات بهذه المراكز إلى ما يتراوح ما بين ٦.٥٪ ، ٧٪ سنويا .

أما مراكز شباب القرى ، فقد ارتفع حجم العضوية بها من ٤٥٥.٣٢٣ عضوا عام ١٩٨٣/٨٢ إلى ٦٩٤.٠٢٥ عضوا عام ١٩٨٦/٨٥ ، بزيادة قدرها ١٤٨.٧٠٢ عضوا ، وهذه الزيادة تمثل حوالى ٢٨٪ من اجمالي العضوية عام ١٩٨٣/٨٢ .

وتتوزع العضوية بمراكز شباب القرى وفقا للمراحل السنوية خلال السنوات الأربع الأخيرة ما بين ٤١٪ ، ٤٢٪ لمن هم دون الثامنة عشرة ، وما بين ٦٨٪ ، ٦٩٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة ، كما تبلغ نسبة الفتيات بمراكز شباب القرى ٤٪ تقريبا ، وهى نسبة تماثل نصف نسبة اشتراكهن في مراكز شباب المدن تقريبا .

أما في الأندية الرياضية فقد ارتفعت العضوية من ٦٣٤.٠٨٢ عضوا في عام ١٩٨٣/٨٢ إلى ٨٣١.٤٣٥ عضوا عام ١٩٨٦/٨٥ ، بزيادة قدرها ١٩٧.٣٧١ ، وهذه الزيادة تمثل حوالى ٣١٪ من اجمالي العضوية عام ١٩٨٣/٨٢ .

وتتوزع العضوية بالأندية الرياضية وفقا للمراحل السنوية خلال السنوات الأربع الأخيرة ، بنسب تتراوح ما بين ٢٤٪ ، ٢٥٪ سنويا لمن هم دون الثامنة عشرة من العمر ، وما بين ٧٥٪ ، ٧٦٪ لمن هم فوق الثامنة عشرة .

وتتراوح نسبة العضوية بالأندية الرياضية من الفتيات بين ٢٢٪ - ٢٥٪ تقريبا ، وهو ما يماثل أربعة أمثال نسبة اشتراكهن بمراكز شباب المدن ، وستة أمثال هذه النسبة بمراكز شباب القرى . ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن نوعية العضوية (أسرية) بمعظم الأندية الرياضية ، على عكس نوع العضوية (الشخصية) بمراكز الشباب .

البرامج الرياضية :

تتوقف البرامج الرياضية التي تقدم للممارسين بالهيئات الرياضية ، على الأهداف المحددة لكل هيئة وطبيعة عملها في ضوء الاطار التنظيمي

العام للحركة الرياضية .

والأنشطة الرياضية تتكون من عناصر أساسية ثلاثة تقوم على تنفيذ برامجها هيئات أهلية أو حكومية ، وهى :

– الرياضة الإجبارية : ويقوم على تنفيذ برامجها المدارس ، والقوات المسلحة ، والشرطة .

– الرياضة الاختيارية : ويقوم على تنفيذ برامجها الأندية ، ومراكز الشباب ، والوزارات ، والشرطة ، والقوات المسلحة ، والجامعات ، والمؤسسات والشركات .

– رياضة المستويات (البطولة) : ويقوم على تنفيذ برامجها الأندية والمدارس ومراكز الشباب والاتحادات الرياضية ، والقوات المسلحة والشرطة والجامعات والمدارس الرياضية والشركات .

وتعمل جميع هذه الهيئات والأجهزة فى تناسق لتحقيق الأهداف العامة للتربية البدنية والرياضية وفقا للاختصاصات التى حددها القانون ولوائح النظم الأساسية . بما يضمن توفير فرص الممارسة الرياضية لفئات المجتمع الثلاث : الأسوياء ، والموهوبين ، والمعاقين .

وأبرز هذه الهيئات :

– اللجنة الأولمبية : تنظم الدورات واللقاءات الأولمبية والعالمية والقارية والإقليمية فى حالة إقامتها بمصر ، كما تقوم بالإشراف على إعداد الفرق التى يتقرر اشتراكها فى الدورات ، والاشتراك مع الاتحادات الرياضية الأولمبية فى وضع برامجها الخاصة بالأنشطة الأولمبية والإقليمية .

– الاتحادات الرياضية : وتقوم بوضع السياسة العامة للعبة ، وهى إدارة شئون اللعبة من جميع نواحيها ، ووضع الأسس والمبادئ لتنظيم شئون التدريب ، وإعداد الفرق القومية ، ونشر اللعبة .

الأندية ومراكز الشباب : وتختص بنشر الرياضة بين الأعضاء ، وإعداد الفرق للتمثيل المحلى والدولى .

القيادة فى المجال الرياضى :

استطاعت مصر فى الماضى أن تحرز نتائج مشرفة فى المجال الرياضى ، منها الانتصارات التى تحققت خلال الدورات الأولمبية فى أمستردام عام ١٩٢٨ ، ولوس أنجلوس عام ١٩٣٢ ، وبرلين عام ١٩٣٦ ، ولندن عام ١٩٤٨ والتى تناولت ألعاب المصارعة والملاكمة ورفع الأثقال ، وذلك بالرغم من قلة عدد المشاركين ، وضعف امکانات والأنوات وتواضع المنشآت .

وعندما أنشئت مراكز الشباب بالمحافظات ، وظهرت الأندية الرياضية ومراكز التدريب والمدارس الرياضية ، وعدلت القوانين واللوائح الخاصة بالشباب والرياضة – استوجب الأمر النظر بعين الاعتبار الى نوعية القادة المسئولين عن الأنشطة الرياضية والاهتمام بإعداد وصقل غير المتخصصين منهم حتى يستطيعوا الرقاء بمسئولياتهم تجاه مواقعهم .

ويتولى قيادة العمل الرياضى بالاتحادات الرياضية بمصر ، مجموعة من المتطوعين المنتخبين من جمعياتهم العمومية . وتعمل مجالس الإدارة بالاتحادات الرياضية على تحقيق الأهداف القومية لكل لعبة وفقا لبرنامج زمنى يرتبط بمواعيد الدورات الأولمبية ، ثم يتدرج الى دورات البحر الأبيض المتوسط والدورات الأفريقية والدورات العربية وهكذا . ومن الضرورى أن تكون هذه الأهداف موضوعية يمكن قياسها حتى يمكن تقييم ما تم انجازه منها .

ولذلك فإن فكرة عقد لقاءات منتظمة لتبادل الأفكار والآراء بين المسئولين بالمجلس الأعلى للشباب والرياضة « جهاز الرياضة » وكليات التربية الرياضية والاتحادات الرياضية ، سوف تتيح التبادل المستمر للخبرات وتوجيه أساليب العمل فى المؤسسات الرياضية .

وتنقسم قيادة العمل الرياضى بمصر الى قسمين أساسيين :

الأول : قيادة العمل الرياضى فى المؤسسات الحكومية : وينحصر

عمل هذا النوع من القادة في وضع الاتجاهات العامة ، ومناقشة الخطط ، وتوفير الميزانية والمنشآت ، ومتابعة الصرف في ضوء القانون الخاص بالشباب والرياضة واللوائح التنظيمية .

الثاني : قيادة العمل الرياضي في الهيئات الخاصة : ويتميز هذا النوع بأن معظم قادته من المتطوعين ، وينحصر عملهم في التخطيط للهيئة ، ووضع الخطط الخاصة بالأنشطة المتعددة ، ولهم أن يستعينوا بخبراء متخصصين لتنفيذ هذه الخطط .

ويعمل هذان النوعان من القادة - سواء على المستوى الوظيفي أو على المستوى التطوعي - من أجل تحقيق الأهداف العامة التي يضعها المجلس الأعلى للشباب والرياضة ضمن اتجاهاته ، والتي تشمل رياضة الأسوياء والمعاقين والموهوبين .

اللاعبون :

يمثل الأفراد الموهوبون في أي مجال من مجالات النشاط الانساني ثروة بشرية ، يجب اكتشافها وتنميتها ورعايتها والحفاظ عليها . وقد ظلت عملية اكتشاف الموهوبين تخضع لأساليب غير علمية مدة طويلة ، حيث اعتمدت على الملاحظة العابرة والخبرة الشخصية ، وغيرها من الأساليب غير المقتنة علميا .

وتهدف عملية الانتقاء في المجال الرياضي بصفة عامة الى اختيار أفضل الناشئين وفق استعداداتهم البدنية والعقلية والنفسية لممارسة نشاط رياضي معين ، والوصول بهم الى مستويات عليا في هذا النشاط مع القنبؤ - بدقة - بمدى تأثير عمليات التدريب على نمو وتطوير تلك القدرات بطريقة تمكن اللاعب من تحقيق التقدم المستمر .

ويتنوع الانتقاء في المجال الرياضي ، فقد يكون بغرض التوجيه الى رياضة بذاتها ، أو يكون بغرض تشكيل الفرق المتجانسة ، أو المنتخبات القومية من بين اللاعبين ذوي المستويات العليا . وفي هذه الحالة تكون للدراسة النفسية لأعضاء الفريق أهمية كبرى .

٤ . ٤

ويمكن تقسيم عملية الانتقاء من الناحية النظرية الى محددات بيولوجية ومحددات نفسية الى جانب الاستعدادات الخاصة .

وتأخذ بعض المقاييس الجسمية أهمية في مجال الانتقاء ، مثل الطول والوزن ونسبة الدهون والسعة الحيوية وأطوال الأطراف ونسب أجزاء الجسم والصفات البدنية الأساسية . كما أن هناك عوامل أخرى لها أهميتها كمؤشرات وظيفية يجب أخذها في الاعتبار عند انتقاء الناشئين مثل الحالة الصحية العامة والامكانيات الوظيفية للجهاز الدوري التنفسي ، والاقتصاد الوظيفي وخصائص استعادة الشفاء ، والكفاءة البدنية العامة والخاصة .

لذلك نجد أن عملية انتقاء اللاعبين من أهم العمليات التي تؤثر في المستوى الرياضي ، ومن ثم قام المجلس الأعلى للشباب والرياضة بإنشاء المركز القومي للبحوث الرياضية للمساهمة في توضيح مفهوم الانتقاء ، وإجراء القياسات المتعددة على اللاعبين الحاليين لتحديد ما يحتاجه كل لاعب لتحسين مستواه . وقد جهز هذا المركز بمعامل للفسيولوجي والقياسات البدنية والنفسية ومعمل للتحليل الحركي ، بالإضافة الى مكتبة علمية تضم أحدث الدوريات المتخصصة في هذه الفروع .

وقد أجرى بحث على (١٢) اتحادا رياضيا (ألعاب قوى ، جمباز ، سباحة ، رفع أثقال ، رماية ، كرة سلة ، كرة طائرة ، كرة يد ، سلاح ، مصارعة ..) فتيين منه ما يلي :

- تأهيل أعضاء مجالس الاتحادات الرياضية :

بلغت نسبة غير الحاصلين من أعضاء مجالس الإدارة على شهادات جامعية ١١٪ ، بينما نسبة الحاصلين على شهادات جامعية بلغت ٨٩٪ .

- تأهيل أعضاء اللجان الفنية :

بلغت نسبة غير الحاصلين على شهادات جامعية حوالي ٧٪ بينما نسبة الحاصلين على شهادة جامعية حوالي ٩٣٪ ، منهم حوالي ٣١٪ من

خريجي التربية الرياضية .

– الدراسات التي تقوم بها الاتحادات :

بلغت نسبة الدراسات الموجهة للحكام حوالى ٤٩٪ ، كما بلغت حوالى ٣٨٪ للمدربين . أما الدراسات الموجهة للاداريين فبلغت حوالى ١٣٪ ، فى حين أنه لا توجد أية دراسات موجهة الى القادة .

– المدربون :

بلغ اجمالى عدد المدربين حوالى (٢٧٧٥) مدربا ل (١٢) اتحادا رياضيا . ويتراوح الدخل الشهري للمدرب ما بين (٧٠ – ٢٥٠) جنيها ويبلغ دخل معظمهم حوالى ١٠٠ جنيه شهريا .

– الحكام :

بلغ اجمالى عدد الحكام العاملين حوالى (٢٦٧٤) حكما ، ويتراوح الدخل الشهري للحكم ما بين (٣٠ – ٢٥٠) جنيها ، ويقع دخل معظمهم فى شريحة (٤٠ – ٧٠) جنيها شهريا .

– اللاعبين :

بلغ اجمالى عدد اللاعبين واللاعبات حوالى (٥٨٤٥٥) لعدد (١٢) اتحادا رياضيا ، منهم حوالى (٢٥٥٧٣) لاعبة بنسبة ٤٣٪ ، و ٨٣٨٨ لاعبا ولاعبة من الناشئين بنسبة ١٤٪ ، و ٨٥٧ لاعبا ولاعبة من أعضاء المنتخب القومى بنسبة ١.٥٪ .

ويبلغ عدد اللاعبين عام ١٩٨٤ (١٠١٩٥) لاعبا ولاعبة ، ارتفع عام ١٩٨٨ الى (١٧٨٦٠) بزيادة قدرها (٧٦٦٥) أى بنسبة زيادة تبلغ ٢٧٪ .

– عدد المسابقات :

بلغ اجمالى عدد المسابقات السنوية المحلية حوالى (٩٧) مسابقة ل (١٢) اتحادا رياضيا بمتوسط قدره (٨) مسابقات فى العام لكل اتحاد رياضى . بينما بلغ اجمالى عدد المسابقات الدولية السنوية حوالى (٣٩) مسابقة لعدد ١٢ اتحادا رياضيا بمتوسط قدره ٣ مسابقات فى العام لكل اتحاد رياضى .

– الخطط والأهداف :

تبين أن الاتحادات لم تضع أى خطط طويلة أو متوسطة أو قصيرة ، وانما اقتصرت فقط على الخطة السنوية التى تغطى موسما رياضيا كاملا . كما أن هذه الاتحادات حققت أهدافها بنسب تتراوح ما بين ٧٠٪ – ١٠٠٪ من المستهدف .

ويتحليل المؤشرات المستخلصة من هذه الدراسة ، يتضح ما يلى :

• ١١٪ من أعضاء مجالس الادارة غير مؤهلين علميا .

• توصيات اللجان الفنية غير ملائمة للاتحادات الرياضية ، وقد يرجع ذلك الى عدم وجود المتخصصين بالأعداد الكافية داخل هذه اللجان .

• تركز اللجان الفنية على الدراسات التى تقوم بها الاتحادات على الحكام والمدربين ، مع عدم اجراء أية دراسات للقادة واجراء عدد قليل من الدراسات للاداريين .

• قلة عدد المدربين والحكام ، رغم انهما عنصران هامان من عناصر انتشار وتقدم النشاط .

• انخفاض دخل الحكام والمدربين يعتبر أحد الأسباب الرئيسية فى عدم اقبالهم على الاستمرار فى أعمالهم ، كما يؤدى ايضا إلى إحجام اللاعبين عن الانخراط فى سلك المدربين والحكام .

• عدد اللاعبين فى قطاع البطولة يمثل نسبة ٠.١٪ من اجمالى عدد سكان مصر ، وهى نسبة تعتبر ضئيلة اذا ما قورنت بعدد السكان البالغ حوالى ٥٤ مليون نسمة ، مما يؤثر تأثيرا سلبيا على تقدم وازدهار البطولة فى مصر .

• كذلك تبين أيضا أن عدد اللاعبات يمثل حوالى ٠.٠٩٪ من اجمالى سيدات مصر ، وهى نسبة لا تكاد تذكر ، اذ ان عدد الاناث فى مصر يبلغ حوالى ٢٧ مليون نسمة مما يؤثر على المستوى الرياضى للسيدات .

• نسبة الزيادة في عدد اللاعبين واللاعبات خلال أربع سنوات بلغت حوالي ٢٧ ٪ وهي نسبة تعتبر قليلة ، الأمر الذي لا يساعد على تحقيق مستوى متقدم في مجال البطولة .

• انخفاض أعداد المسابقات المحلية والدولية لا يعمل على إعطاء فرصة جيدة للاحتكاك الكافي للاعبين ، سواء على المستوى المحلي أو المستوى الدولي ، وبالتالي لا يؤدي إلى تحقيق مستوى متقدم .

• الاتحادات التي اشتركت في مسابقات دولية أكثر حققت نتائج أفضل على المستوى العربي والأفريقي مثل السلة والمصارعة والاثقال .
• أن الاتحادات الرياضية لم تضع خططاً طويلة المدى أو متوسطة المدى لأنشطة العام الرياضي ، كما أن الأهداف التي وضعتها الاتحادات أهداف غير محددة ، لم تلتزم بالاستراتيجية العامة للرياضة التي أقرها المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

نتائج الفرق الرياضية :

• بالنسبة للمستوى العربي : فإنه على الرغم من أن هناك دولا عربية حققت تقدماً ملحوظاً في بعض الأنشطة الرياضية واستطاعت أن تكسر الاحتكار المصري للبطولات العربية . إلا أن مصر ما زالت تحصل على المراكز الأولى ، وتتفوق على باقي الدول العربية في أغلب الأنشطة الرياضية ، لاسيما الـاثقال والمصارعة والجيمناز والسلة والسلاح .

• بالنسبة للمستوى الأفريقي : فقد حققت كثير من الدول الأفريقية قفزات واسعة في بعض الأنشطة الرياضية ، كسرت بها احتكار مصر ، مما زاد من صعوبة حصولها على مراكز متقدمة في بعض الأنشطة إلا أن مصر ما زالت متقدمة على المستوى الأفريقي في السباحة والاثقال والهوكي والمصارعة .

• بالنسبة لمستوى البحر الأبيض المتوسط : فقد حققت مصر نتائج أفضل في دورة سنة ١٩٨٧ (٢٢ ميدالية) عنها في دورة عام ١٩٨٣ (١٢ ميدالية) وذلك على الرغم من اشتراكها بعدد أقل عام ١٩٨٧ منها

٤٠٦

في عام ١٩٨٣ ، إلا أنها لم تحقق نتائج تذكر في الدورتين الأخيرتين عدا ميدالية فضية في الجودو ، حصلت عليها مصر بمجهود فردي رغم سبق فوزها بميداليات في رفع الأثقال والمصارعة في دورات أوليمبية سابقة .

التوصيات

على ضوء ما تقدم ، وما سبق أن أوصى به المجلس في دورات سابقة ، وما دار من مناقشات وما طرح من آراء - يوصى بما يلي :

* التزام كل هيئة رياضية بوضع خططها بحيث تتفق مع الخطة العامة للدولة ، والتي يجب أن تشمل أربعة مستويات ، هي :

- خطة طويلة المدى وتغطي نشاط الهيئة لفترة ٤ دورات أوليمبية .

- خطة متوسطة المدى وتغطي نشاط الهيئة لفترة دورتين أوليمبيتين .

- خطة قصيرة المدى وتغطي نشاط الهيئة لفترة دورة أوليمبية .

- خطة سنوية وتغطي موسماً رياضياً كاملاً .

على أن تتفق هذه الخطط مع الاستراتيجية العامة للشباب والرياضة وأن توضع بواسطة مؤتمرات عامة تضم جميع المتخصصين في كل لعبة وأن يكون لكل خطة مواردها المالية .

* ضرورة التركيز على اللعابات التي يمكن أن تحرز فيها مصر بطولات في كل مرحلة من مراحل الخطط الموضوعة .

* تشكل لجنة متخصصة لعلاج المشكلات الرياضية القومية بعد ترتيبها وفقاً لأهميتها .

* دراسة التنظيم القائم المسئول عن الرياضة على المستوى القومي ومنحه الاختصاصات التي تمكنه من تحقيق الأهداف الاستراتيجية العامة للشباب والرياضة .

* تشكيل لجنة من المتخصصين في مجالات الرياضة الحكومية والأهلية لدراسة قانون الهيئات الخاصة للشباب والرياضة واقتراح

التعديلات التي تتفق مع الواقع الفعلى .

* ضرورة تنفيذ الأعياد الرياضية بالمحافظات ، على غرار ما تقوم به الدول المتقدمة رياضيا بحيث يشترك فيها أبناء الشعب من جميع المراحل السنية من الجنسين لتشجيع الممارسة الرياضية للجميع واكتشاف الموهوبين . على أن تتوزع هذه الأعياد بأعياد قومية للشباب .

* دراسة ادخال برامج التربية الرياضية لتكون ضمن المواد الدراسية في قطاع التعليم العام تمهيدا لتطبيقها على مرحلة التعليم الجامعي وفقا لخطة زمنية محددة . مع العودة الى نظام المدرسة الرياضية وقرار ما يلزم من برامج وتنظيمات لنجاحها .

* التركيز على اكتشاف الموهوبين رياضيا في بعض الالعاب من بين أفراد القوات المسلحة ، والشرطة ، للاشتراك في المسابقات العسكرية الدولية ، وذلك عن طريق مسابقات تقام بصفة مستمرة بالتنسيق مع الاتحادات الرياضية المختصة .

* تشجيع اقامة أندية أهلية جديدة على ضوء تقييم دور الأندية الأهلية المحلية ، بهدف أن تتولى نشر الألعاب والأنشطة الرياضية المختلفة وإعداد جيل جديد من المتفوقين في هذه الألعاب والأنشطة .

* وضع القواعد التي تكفل تشكيل مجالس ادارة الاتحادات الرياضية من المؤهلين المتخصصين ومن نوى الخبرة .

* ان تكون توصيات اللجان الفنية ملزمة للاتحادات باعتبار أن اللجان الفنية تضم أعلى التخصصات الفنية .

* الاعتراف بالتدريب كمهنة قائمة بذاتها خاصة بعد انشاء نقابة المهن الرياضية بفروعها الثلاثة (تعليم ، ادارة ، تدريب) مما سيؤدي الى الارتقاء بمستوى المهنة والعاملين بها .

* تشكيل لجان متخصصة – من المجلس الأعلى للشباب والرياضة – في فروع الأنشطة الرياضية المختلفة تكون مهمتها مناقشة ما يعرض عليها من نتائج المتابعة الميدانية ، وقياس هذه النتائج وفقا للأهداف

الموضوعة لكل لعبة وعرضها على المجلس الأعلى للشباب والرياضة .

* انشاء هيئة تحكيم رياضية لحل أى نزاعات تنشأ في المجال الرياضي ، وذلك كضرورة لسرعة الفصل في هذه المنازعات بدلا من اللجوء الى القضاء .

* دراسة قضية الاحتراف ومدى إمكان الأخذ بها في ضوء واقع المجتمع . مع وضع الشروط والضوابط اللازمة لذلك .

* الاهتمام بمراكز الشباب باعتبارها المصدر الرئيسي لاكتشاف المواهب الرياضية . على أن توضع خطة محددة للنهوض بهذه المراكز في القرى .

* التنسيق بين اللجان المختلفة المختصة بالرياضة حتى تتوحد القرارات الخاصة بالنهوض بالمستوى الرياضي .

الاهتمام بالتربية الروحية ، أسوة بالاهتمام بالتربية البدنية والرياضية ، حيث أنهما أمران ضروريان لبناء الانسان السوي ، مع الاهتمام بصفة خاصة بتكثيف التوعية الدينية في الاندية ومراكز الشباب .

* وضع سياسة موحدة لرعاية المواهب الواعدة في مجال الرياضة ، حتى يمكن تحقيق نتائج أفضل في المجال الدولي .

جدول (١)

اجمالي تقدير لفئات الشباب في عام ٢٠٠٠ (بالالف)

| الفئات | ذكور | اناث | اجمالي |
|------------------------|-------|-------|--------|
| من ٦ سنوات و اقل من ١٢ | ٥٥١٢ | ٥٤٨٦ | ١٠٩٩٨ |
| من ١٢ سنة و اقل من ١٨ | ٥٦٩٤ | ٥٠٢٣ | ١٠٧١٧ |
| من ١٨ سنة و اقل من ٣٠ | ٧٧٠٣ | ٧٧٩٨ | ١٥٥٠١ |
| من ٣٠ سنة و اقل من ٣٥ | ٢٠٦٤ | ٢١٩٥ | ٤٢٥٩ |
| الاجمالي | ٢٠٩٧٣ | ٢٠٥٠٢ | ٤١٤٧٥ |

جدول (٢)

مراكز الشباب والاندية على مستوى

الجمهورية من عام ٨٢ / ١٩٨٣ الى ٨٦ / ١٩٨٧

| السنوات | مراكز الشباب - | | اجمالي | اندية رياضية |
|-----------|----------------|------|--------|--------------|
| | مدن | قري | | |
| ٨٢ / ١٩٨٣ | ٢٤٤ | ٢٦٦٧ | ٢٩١١ | ٧٨٠ |
| ٨٣ / ١٩٨٤ | ٢٤٩ | ٢٧٧٩ | ٣٠٢٨ | ٨٠٥ |
| ٨٤ / ١٩٨٥ | ٢٦٢ | ٢٦٥١ | ٢٩١٣ | ٨١٢ |
| ٨٥ / ١٩٨٦ | ٢٧١ | ٣٠٩٦ | ٢٣٦٧ | ٨١٤ |
| ٨٦ / ١٩٨٧ | ٢٨٠ | ٣١٩٠ | ٢٤٧٠ | ٨٦٥ |

جدول (٣)
نسبة اجمالي المستفيدين الى اجمالي العضوية
في الانشطة الرياضية بالمحافظات حسب الاوضاع في ٢٠ / ٦ / ١٩٨٦

| المحافظة | عدد الهيئات | اجمالي المستفيدين | اجمالي العضوية | % |
|---------------|-------------|-------------------|----------------|----|
| القاهرة | ٢٦٠ | ١١٣٦٦٥ | ٥١١١٧ | ٢١ |
| الاسكندرية | ٢٣١ | ٢٣٣١١٠ | ٢٥٣١٦ | ١٥ |
| بورسعيد | ٦٩ | | | |
| السويس | ٤٠ | ١٩٨٦٠ | ٢٢٣٤ | ١١ |
| دمياط | ٩٩ | ٣٧٩٨٥ | ٣٩١٢ | ١٠ |
| الدقهلية | ٤٢٦ | ١٥٦٨٧١ | ٢٢٦٢٩ | ١٥ |
| الشرقية | ٤٣٨ | ٩٧٢٧٠ | ٤٢٧٩٩ | ٤٤ |
| القليوبية | ٢٤١ | ٧٤١٦٤ | ١٤٢٣٩ | ١٩ |
| كفر الشيخ | ٢٤٣ | ٤٦٦٣٢ | ٥٦٤٢ | ١٢ |
| الغربية | ٢٤٧ | ٩٦٨٣٣ | ٤٨٤١٧ | ٥٠ |
| المنوفية | ٢٩٧ | ٧٥٤٨٠ | ١٨٦٤٤ | ٢٥ |
| البحيرة | ٢٩٢ | ٩١٦٢٤ | ١٩٣٧٨ | ٢١ |
| الاسماعيلية | ١٣٩ | ٤٩٢٤٢ | ٢٥١٦٣ | ٥٦ |
| الجيزة | ٢٤٩ | ١٦٨٠٧٣ | ٢٢٤٣٤ | ١٩ |
| بنى سويف | ١٧٢ | ٤٤٧٨٧ | ٩٣٨٣ | ٢١ |
| الفيوم | ١٣٨ | ٥٤٩٣٤ | ٢١٩٧٤ | ٤٠ |
| المنيا | ١٥٥ | ٣٨٢٠١ | ١٤٧٨٤ | ٣٩ |
| أسيوط | ١٣٧ | ٣٦٦٩٠ | ٤٨٦١ | ١٣ |
| سوهاج | ١٥١ | ٤٣٣٩٩ | ٤١٦٠ | ١٠ |
| قنا | ٢٧١ | ٦٤٢٧٤ | ٨٩٩٨ | ١٤ |
| أسوان | ١٥٠ | | | |
| البحر الأحمر | ٣٢ | | | |
| الوادى الجديد | ٤٥ | ٨٢٠٠ | ٥٩٤ | ٥ |
| مرسى مطروح | ٤٨ | | | |
| شمال سيناء | ٥٧ | | | |
| جنوب سيناء | ١٦ | ٢٨٤٤ | ١٦٩ | ٤ |

القسم الخامس

القوى العاملة

الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١

العمالة الحرفية

فى قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى عام ٢٠٠٠

ان التطور الاقتصادى والاجتماعى فى أية دولة يعتمد أساسا على جهود الفنيين والمهنيين ، وتعتبر القوى البشرية فى البلاد التى تفتقر الى الموارد الطبيعية مصدرا رئيسيا للثروة القومية . ومصر فى مقدمة الدول النامية التى تتسم بوفرة واضحة فى مواردها البشرية والتى تمكنها من المساهمة الايجابية فى تحقيق الاهداف المنشودة فى اطار خطط متكاملة للقوى العاملة ، ومرتبطة ارتباطا وثيقا بخطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

وقد أخذت مصر - بحكم موقعها الجغرافى ، ولأسباب متعددة - بسياسة تصدير العمالة الى الخارج ، واستهدفت العمالة المصرية أساسا الدول العربية والأفريقية مما أثار التساؤل عما اذا كان لدينا المورد الكافى من رأس المال البشرى المدرب الماهر الذى يتيح الأخذ بهذه السياسة بصفة مستمرة مع الاحتفاظ فى نفس الوقت بالقدر اللازم للتنمية فى الداخل ، وهذا يقتضى تحليل هيكل العمالة المصرية فى ضوء احتياجات التنمية والتوقعات المنتظرة لقدرة العمالة المطلوبة فى المستقبل القريب والبعيد فى الداخل والخارج لامكان تحقيق الموازنة

الكاملة بين العرض والطلب .

العرض :

يتكون جانب العرض من قوة العمل (التقدير عن عام ١٩٧٨) مما

يلى :-

- خريجو مراحل التعليم والتدريب المختلفة - وهم :

* خريجو الجامعات ويقدر عددهم بحوالى ٦٪ من قوة العمل

* خريجو المدارس الصناعية ويقدر عددهم بحوالى ٨٪ من قوة

العمل

* خريجو مدارس التدريب من العمالة الحرفية ويقدر عددهم بحوالى

٦٪ من قوة العمل

- المتسربون من مراحل التعليم والتدريب المختلفة .

- غير المتعلمين وغير المدربين وغالبيتهم من النازحين من الريف

ليكون إجمالى هؤلاء ١٠٠٪ .

ويعتبر جانب العرض من حيث التقدير أبسط الجوانب حيث يعتمد على احصائيات التعليم والتدريب المنظم وكذلك على احصائيات ودراسات السكان وجميعها احصائيات متاحة ويمكن استخدامها فى التنبؤ بحجم ومستويات العرض من قوة العمل لمشروعات سنوات قادمة بدرجة كافية من الدقة - وهناك دراسات وتنبؤات قامت بها عدة جهات منها الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء ووزارة القوى العاملة والتدريب ووزارة التخطيط تشير الى مايلى :

١- السكان :

بلغ عدد السكان عام ١٩٧٦ طبقا للتعداد العام ٢٨.٢٣ مليون نسمة ويفرض تزايدهم بنفس المعدل وهو حوالى ٢.٣ ٪ بينما بلغ عدد السكان فى سنة ١٩٨٠ حوالى ٤١.٧٧ مليون نسمة وفى عام ١٩٨٧ سيصل الى ٤٨.٢٩ مليون نسمة .

٢- قوة العمل :

بلغ حجم قوة العمل عام ١٩٧٧ نحو ٩.٧٢ مليون مشغل - وينتظر

هذا وتشير التقديرات والبيانات المتاحة الى أن العمالة المستخدمة في الأنشطة الاقتصادية للقطاعات الخدمية تبلغ حوالى ٤٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ قيمة أجورها حوالى ٥٧.٦ ٪ من اجمالى الأجر - أما القطاعات الانتاجية فيبلغ عددها حوالى ٦٠٪ من مجموع القوى العاملة بينما تبلغ قيمة أجورها حوالى ٤٢.٤ ٪ من إجمالى الأجر كما هو واضح من الجدول الوارد فى الصفحة التالية (تقرير لوزارة التخطيط عن عام ١٩٧٧)

وقد قامت وزارة التخطيط بتحديد هيكل العمالة موزعا على المستويات الوظيفية عن عام ١٩٧٦ تبين منه عدم الالتزام بالشروط المحددة لشغل الوظائف مما يؤدي الى خلل فى الأداء الوظيفى وقلة فى الانتاج .

ويوضح الجدول التالى أعداد العاملين بقطاع التشييد موزعة طبقا للمستويات الوظيفية ونسبة كل منها الى مجموع عدد العاملين .

| البيان | المستوى الوظيفى | | | | اجمالى |
|----------------|-----------------|------------|--------------|-------|----------|
| | ادارة عليا | وظائف فنية | وظائف كتابية | عمال | عمال |
| | | رمتوسطة | ومساعدة | مهرة | غير مهرة |
| العدد بالآلاف | ٤٥.٥ | ٤٢ | ١٦.٥ | ١٨٢ | ١٨٦ |
| النسبة المئوية | ٩.٦٪ | ٨.٩٪ | ٣.٥٪ | ٣٨.٦٪ | ٣٩.٤٪ |
| | | | | | ١٠٠٪ |

ولما كان قطاع التشييد والبناء يعتبر بصفة عامة من الأنشطة التى تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر فى إقامة مختلف نوعيات المنشآت - حيث يبلغ مايقوم به من انتاجية حوالى ٥٠٪ من اجمالى حجم الاستخدامات الاستثمارية لخطط التنمية على مستوى الدولة - فانه بذلك يعتبر ركيزة أساسية فى كافة مجالات الانتاج والخدمات .

ولذلك فان القدرة الانتاجية لهذا القطاع تؤثر تأثيرا مباشرا على اقتصاديات كافة مشروعات الدولة ، ولما كانت القوى العاملة المدربة من أهم العوامل لزيادة القدرة الانتاجية فانه يتضح جليا مدى الارتباط بين خطط التنمية ، وتوفير العمالة الحرفية وتدريبها بالعدد المناسب وفى

أن يصل الى حوالى ١١.٩ مليون مشتغل عام ١٩٨٢ بمعدل زيادة سنوية بحوالى ٤٪ تقريبا وينتظر أن يزيد هذا المعدل فى السنوات التالية نتيجة لعدة عوامل أهمها تزايد عدد السكان فى سن العمل وزيادة مساهمة الاناث فى النشاط الاقتصادى .

٢- السكان خارج سن العمل :

من المتوقع انخفاض نسبة اجمالى السكان خارج سن العمل (أقل من ١٢ سنة وأكثر من ٦٥ سنة) من ٣٣.٦٪ عام ١٩٧٦ الى ٣١.٩٪ من مجموع السكان فى سنة ١٩٨٧ بسبب توقع تناقص معدل المواليد والتغير فى عادات السكان .

أما العوامل المؤثرة على العرض فى القوى العاملة فى قطاع التشييد فاهمها مايلى :

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت فى السنوات السابقة والى قدرتها وزارة التخطيط بحوالى مليون ونصف مليون عام - (احصائية عن عام ١٩٧٦) أى بنسبة حوالى ٣.٧٪ من اجمالى عدد السكان ، وقد أدى ذلك الى العجز الكبير فى العمالة الحرفية والمهنية الماهرة الذى نلسمه جميعا فى قطاع التشييد والبناء .

- عدم استقرار العمل فى صناعة البناء لحساسيتها للذبذبات الاقتصادية .

- عدم وجود سياسة ثابتة للتدريب مع قصور مراكز التدريب القائمة من حيث الكم والكيف والتطور العلمى الحديث .

- التناقص الطبيعى فى العمالة الحرفية بسبب الشيخوخة أو العجز والوفاة مع عدم استمرار أسلوب توريث الحرف كما كان سائدا من قبل .

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطن الصناعات والخدمات فى الحضر مما يساعد على استمرار تكديس العمالة فى المدن نتيجة الهجرة الداخلية المتوالية ومايصحبها من نقص فى المهارات فى الريف وزيادة انسياح غير الفنين الى الحضر .

| البيان | قطاعات سلعية | | | | | قطاعات خدمية | | | | | اجماليات |
|------------------------------|--------------|---------------|--------|--------|-------|--------------|------------|--------------|------------|--------|----------|
| | زراعة | صناعة وتعددين | كهرباء | تشبييد | جملة | تجارة | نقل ووسائل | اسكان ومرافق | خدمات أخرى | جملة | |
| العدد بالآلاف | ٤٨٣,٥ | ١٢٤٥,٣ | ٥٣,٩ | ٤٥٧ | ٥٨٥٩ | ١٠٥,٦ | ٤٢٤,٢ | ١٩٩,١ | ٢١٦٥,٨ | ٣٨٥٩,٥ | ٦٧١٩,١ |
| النسبة المئوية حسب قوة العمل | %٤٢,٨ | %١٢,٨ | %٥ | %٤,٥ | %٦٠ | %١٠,٨ | %٤,٦ | %١٢ | %٢٢,٦ | %٤٠ | %١٠٠ |
| الأجور بالليون جنيه في السنة | %٤٥٢,٠ | ٨١٦,٣ | ٢١,٢ | ١٤٨,٧ | ١١٣٩ | ٣٢٤,٣ | ١٧٣,٩ | ٣١,١ | ١٠١٥,٢ | ١٥٤٥ | ٢٦٨٣٥ |
| النسبة المئوية من الأجور | %١٦,٨ | %١٩,٢٥ | %٨ | %٥,٥ | %٤٢,٤ | %١٢,١ | %٦,٥ | %١,٢ | %٣٧,٢ | %٥٧,٢ | %١٠٠ |

الوقت المناسب .

الطلب :

أما بالنسبة للطلب فإنه ينقسم الى قسمين : طلب محلي وطلب خارجي .

فالطلب المحلى

يتمثل فى مجموع طلبات الوحدات الإنتاجية والخدمية القائمة والمتوقع إقامتها خلال سنوات الخطة . وقد يصعب إيجاد تحديد دقيق لأعداد ومستويات وتخصصات العمالة اللازمة إذا لم تحدد بوضوح الاستثمارات المستقبلية .

فإذا أخذنا مثلا التقديرات الموضحة بالخطة القومية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية عن الفترة من ١٩٨٠ حتى ١٩٨٤ (من وزارة التخطيط) فإننا نجد أن اجمالى الاستخدامات الاستثمارية (عام وخاص) على مستوى الدولة يبلغ ٢٣٢٢٠ مليوناً من الجنيهات ، يخص منها قطاع التشييد والبناء ١٠١٦١ مليوناً من الجنيهات كما هو موضح بالجدول (أ) الورد فى الصفحة التالية .

أما إذا أخذنا بالتقديرات الواردة بتقدير اللجنة القومية للسكان ، فإن حجم الاستخدامات الاستثمارية فى الفترة من عام ١٩٨٠ حتى عام ١٩٨٤ ، لقطاع التشييد والبناء ، يقدر بمائتيه ٨٠٠٠ مليون جنيه ، بنقص حوالى ٢٥٪ عن التقدير السابق ، ويوضح الجدول الورد فى الصفحة التالية بيان الطلب المحلى المتوقع على العمالة الحرفية فى هذا القطاع من تقديرات الخطة القومية للسكان .

ولما كانت الاستخدامات الاستثمارية فى قطاع التشييد والبناء مقدرة على أساس أسعار عام ١٩٧٨ فإنه يلزم الأخذ فى الاعتبار التطور المنتظر فى الأسعار ، كما يلزم الأخذ فى الاعتبار أيضا الخطط الطموحة التى ستنفذها الدولة أخذاً بسياسة التعمير والأمن الغذائى والسكان ، مما سيؤدى بالتالى الى زيادة حجم العمالة الحرفية المطلوبة .

٤١٦

ولما كانت الأجور قد تضاعفت أيضا فى السنوات الأخيرة ، فإنه من المناسب القاء الضوء على معدلات هذه الزيادة ودراسة أسبابها ، حتى يمكن علاج هذا التضخم . ويمكن القول انه خلال عشر سنوات من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٧٠ زادت أجور عمال التشييد والبناء بين ١٥٪ الى ٥٠٪ ومنذ عام ١٩٧٠ حتى الآن ارتفعت هذه الأجور ما بين ٢٠٠٪ ، ٦٠٠٪ ويشمل الارتفاع أيضا الحرف المساعدة والجدول الورد فى صفحة ٤١٨ يوضح تطور الأجور اليومية لبعض أنواع العمالة فى مجالات التشييد والبناء حتى عام ١٩٧٧ .

أما بالنسبة للطلب الخارجى على العمالة المهنية فهو يتمثل فى مجموع طلبات الدول العربية والأفريقية ، وكذلك المهاجرين الى الدول الأخرى بصفة دائمة . وهذه العمالة تشمل جميع فئات العاملين ، وتمثل نسبة كبيرة من اجمالى الطلب على العمالة الماهرة

وفى تقدير وزارة التخطيط أن متوسط حجم هذه العمالة فى السنوات الأخيرة يقدر بحوالى ١٠٠ ألف مشتغل سنويا . وليس من اليسير التنبؤ الدقيق بمعدلات الزيادة فى هذا القطاع . الا أنه يمكن تقدير الطلب الخارجى على العمالة المصرية المهنية بحوالى ٥٪ الى ٦٪ سنويا من قوة العمل ، منها نسبة كبيرة من العاملين بقطاع التشييد والبناء .

التوصيات

فى ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها والآراء التى أبديت بشأنها يوصى المجلس بالآتى :

* العمل على توفير كافة الامكانيات بشرية ومادية ، للتغلب على المشكلات الناجمة عن العجز فى الحرفيين وذلك بوضع سياسة تكفل الوفاء بمتطلبات خطط التنمية للسنوات الخمس القادمة من هذه العمالة والتى تقدر بحوالى ثلاثة أرباع مليون عامل حرفى - كما تشمل إعداد العناصر الاشرافية والتنفيذية ، ورفع الكفاية الانتاجية للكادرات الفنية والمعاونة وإعداد المدربين اللازمين فى هذه المجالات .

(أ)

| البيان | ١٩٧٩ | ١٩٨٠ | ١٩٨١ | ١٩٨٢ | ١٩٨٣ | ١٩٨٤ |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| اجمالى الاستخدامات بالمليون جنيه | ٢٧٢٠ | ٣٧٨٧ | ٤٢٣٣ | ٤٦٣٨ | ٥٠٤٢ | ٥٥٢٠ |
| تشبيـد | ١١٠٠ | ١٥٤٣ | ١٥٩٠ | ١٦٨٩ | ١٨١٣ | ١٩٥٥ |
| اسـسـكان | ١٧٨ | ١٩٥ | ٢١٦ | ٢٤٢ | ٢٧٢ | ٣١٠ |
| مـرافق | ٤٨ | ٥٣ | ٥٩ | ٦٦ | ٧٤ | ٨٤ |
| اجمالى التشبيـد والاسكان والمرافق | ١٣٢٦ | ١٧٩١ | ١٨٦٥ | ١٩٩٧ | ٢١٥٩ | ٢٣٤٩ |

(ب)

بيان الطلب المحلى المتوقع على العمالة الحرفية
فى هذا القطاع من واقع تقديرات الخطة القومية للاسكان

| | ١٩٧٨ | ١٩٧٩ | ١٩٨٠ | ١٩٨١ | ١٩٨٢ | ١٩٨٣ | ١٩٨٤ | ١٩٨٥ |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| اجمالى الانتاج باسعار ١٩٧٨ بالمليون جنيه | ٨٦٠ | ١٠٠٠ | ١٢٠٠ | ١٤٠٠ | ١٦٠٠ | ١٨٠٠ | ٢٠٠٠ | ٢٢٥٠ |
| العمالة الحرفية اللازمة للخطة بالآلف | ٢٥٠ | ٣٠٠ | ٣٦٠ | ٤٢٠ | ٤٨٠ | ٥٤٠ | ٦٠٠ | ٦٦٠ |
| اجمالى العجز فى العمالة | - | ٥٠ | ١١٠ | ١٧٠ | ٢٣٠ | ٢٩٠ | ٣٥٠ | ٤١٠ |
| عدد المدربين اللازمين لخطة التدريب | ٣٠٠ | ٧٠٠ | ١٠٠٠ | ١٤٠٠ | ١٤٠٠ | ١٤٠٠ | ١٤٠٠ | ١٤٠٠ |

تطور الأجور اليومية لبعض أنواع العمالة
في مجالات التشييد والبناء حتى عام ١٩٧٧

| ١٩٧٧ | ١٩٧٥ | ١٩٧٣ | ١٩٧٠ | ١٩٦٥ | ١٩٦٢ | الحرفة |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| مليمج | مليمج | مليمج | مليمج | مليمج | مليمج | بناء |
| ٥,٧٠ | ٣,٥٠ | ٢,٥٠ | ١,٥٠ | ٠,٩٠ | ٠,٨٠ | حداد مسلح |
| ٣,٠٠ | ٢,٠٠ | ١,٠٠ | ٠,٧٠ | ٠,٥٥ | ٠,٥٠ | نجار مسلح |
| ٣,٥٠ | ٢,٠٠ | ١,٢٥ | ٠,٨٠ | ٠,٧٠ | ٠,٦٠ | سباك صحي |
| ٥,٠٠ | ٤,٠٠ | ١,٥٠ | ٠,٨٠ | ٠,٧٥ | ٠,٧٠ | مبيض |
| ٣,٠٠ | ٢,٠٠ | ٠,٩٠ | ٠,٧٥ | ٠,٧٠ | ٠,٦٠ | نقاش |
| ٣,٠٠ | ٢,٠٠ | ١,٠٠ | ٠,٨٠ | ٠,٧٥ | ٠,٧٠ | كهربائي |
| ٣,٢٠ | ٢,٠٠ | ١,٠٠ | ٠,٧٥ | ٠,٤٠ | ٠,٣٠ | |

والأنظمة التي تكفل قياس مستويات العمالة المهنية والحرفية .
* التأكيد على ما سبق أن أوصى به المجلس القومى للتعليم والبحث العلمى والتكنولوجيا فى شأن استراتيجية إعداد الفنيين حتى عام ٢٠٠٠ .

تخطيط القوى العاملة ودوره فى التنمية

ان تعميق الجانب الاجتماعى فى الاستراتيجية الحضارية الشاملة يبرز أهمية الدور الذى يلعبه الانسان فى بناء المجتمع الجديد ، فالانسان المصرى هو العنصر الرئيسى للانتاج ، وكلما نجحت التنمية الاجتماعية فى زيادة قوة العمل المنتجة ورفع مستوى مهارتها وكفاءتها وقدرتها على الابتكار ، أدى ذلك الى زيادة الانتاج ، ومعنى ذلك أن للتنمية الاجتماعية عائدا اقتصاديا مباشرا يمكن حسابه وذلك بالاضافة الى العائد الاجتماعى ، والانسان كذلك هو مستهلك السلع والخدمات ، والتنمية الاجتماعية تساعد على ترشيد الاستهلاك والربط بين حاجة الانسان الى الاستهلاك وقدرته على تحقيق زيادة حقيقية فى الانتاج ، كما تساعد التنمية الاجتماعية أيضا على تنمية نشر الوعي الادخارى ، وعلى توجيه المدخرات نحو الاستثمارات المنتجة .

وقد ترتب على اهمال الجانب الاجتماعى فى التنمية تفاقم المشكلة السكانية فى مصر واستمرار الهجرة من القرية الى المدينة بمعدلات عالية

* اجراء مسح دقيق لسوق العمل الخارجى بهدف وضع استراتيجية قومية تقوم على أسس علمية لتحديد حجم الطلب على العمالة المصرية فى الخارج والعمل على توفيرها .

* تعديل هيكل التعليم بمايؤدى الى التوسع فى التدريب المهنى ، وذلك بايجاد نوع من التنسيق بين أجهزة التعليم وأجهزة التدريب على المستوى القومى - وربط التعليم الفنى والجامعى بالاحتياجات الفعلية لقطاع التشييد ، لتوفير التخصصات الفنية - وكذلك تشجيع الايفاد الى الخارج فى زيارات علمية للتعرف على التطورات الحديثة فى مجالات البناء - والاهتمام بالتدريب الذى يسبق الالتحاق بالعمل والتدريب المستمر طوال الحياة العملية للفرد . والتأكيد على ضرورة زيادة دور القوات المسلحة فى إعداد الفنيين من مختلف المستويات .

* ضرورة ربط الاجر بالانتاج وذلك عن طريق وضع معدلات أداء قياسية اذا ان السياسة الحالية للأجور لا تحقق الهدف فى رفع الكفاية الانتاجية ، ويكاد قطاع التشييد أن ينفرد باتباع نظم مختلفة للأجور تتباين من شركة لأخرى .

* اعادة النظر فى الهياكل الوظيفية لقطاع التشييد ، وتنظيمها بما يكفل التوازن بين حجم الأجهزة الفنية وحجم المعاونة المالية والادارية والخدمات حتى يسير العمل فى الاطار الاقتصادى للانتاج مع وضع نظم سليمة للحوافز ايجابية وسلبية .

* الحد من الهجرة الداخلية للعمالة وما يستتبع ذلك من ايجاد توازن فى توزيع السكان وذلك بالتنسيق فى توزيع مشروعات الخطة بين الحضر والريف بهدف النهوض بالقرية والقضاء على تخلفها عن التطور العمرانى .

* وضع استراتيجية لكافة مجالات العمالة وذلك بالتنسيق بين كافة الأجهزة الاحصائية لتوفير احصاءات دقيقة فى كل مايتصل بالتخطيط العلمى للقوى العاملة واتباع الأساليب الحديثة فى هذا الشأن ، وانشاء بنك الموارد البشرية لتوفير المعلومات الضرورية - مع ايجاد الضوابط

أدت الى انفجار سكانى فى المدن الكبرى ، وانخفاض مستوى الدخل الحقيقى للفرد والعجز عن تصفية الأمية والأمراض المتوطنة وعدم وجود خطة قومية للعمالة ترتبط بها خطط للتعليم والتدريب ، وهبوط انتاجية العمل وعدم توافر السلوك الاجتماعى المطلوب لنجاح عملية التنمية ، هذا بالإضافة الى قصور المرافق والخدمات الضرورية للإنتاج ولحياة المواطنين .

وتهدف التنمية الاجتماعية الى تنمية الثروة البشرية وزيادة قدرتها على العطاء والعمل ، وهى التزام على الدولة فى مواجهة المواطنين كما أنها ضرورة للتنمية الاقتصادية وتحقيق التقدم المادى والاستقرار السياسى لذلك أخذ فى الاعتبار أن يكون من الأهداف الرئيسية للاستراتيجية الحضارية بناء الانسان الجديد ، ودخول عصر العلم والتكنولوجيا والتقدم الحضارى القائم على العلم والايمان .

وانطلاقا من هذا المفهوم تكون التنمية عملية مستمرة تحتاج الى حشد كافة الموارد والامكانيات المتاحة وفى مقدمتها العنصر البشرى باعتباره أهم العناصر فى أحداث هذه التنمية . وعدد السكان ليس هو البعد الوحيد فى إحداث هذه التنمية ، بل ان نوعيات هؤلاء السكان وخصائصهم وحجم وكفاءة قوة العمل تمثل بعدا أكثر عمقا وأهمية فى عمليات التنمية ، لذلك فان المقدرة على تحقيق معدلات كبيرة للنمو الاقتصادى إنما هى رهن بالبشر قبل غيرهم من موارد الثروة المتاحة . كما أن التنمية الاقتصادية لا يمكن أن تكون غاية فى ذاتها ، بل هى ضرورة لرفع مستوى الدخل الحقيقى للفرد ، ولتوفير ما يحتاج اليه من خدمات ومرافق وتحقيق العدل والرخاء .

أهداف استراتيجية التنمية الاجتماعية :

ترتكز هذه الاهداف على النقاط الرئيسية الآتية :

* الارتفاع المستمر بمستوى أداء الانسان المصرى باعتباره العنصر الفعال فى زيادة الانتاج وبالتالي لتنمية المجتمع اقتصاديا واجتماعيا وذلك من خلال تطوير نظم وسياسات التعليم والتدريب والبحث

٤٢٠

العلمى بمايؤدى الى الوفاء باحتياجات المجتمع ، من حيث الكيف والكم ، بالتخصصات والمهارات (تدرجيا وبما يكفل احداث التوازن بين الاحتياجات والموارد من القوى العاملة المؤهلة والمدرية فى الأجل القصير والبعيد .

* الارتقاء بالمستوى الصحى للانسان المصرى ، ليس بغية استمتاعه بحياته فقط بل فى ذات الوقت لزيادة قدرته على البذل والانتاج ، وذلك من خلال معالجة السياسة الصحية للجوانب المختلفة للطب الاجتماعى والعلاجى والوقائى وارتباط المشاكل الطبية بالمجتمع وبمراعاة التوازن الاقليمى لأداء الخدمات الصحية تحقيقا للتقارب بين الريف والحضر ، للحد من استمرار تحرك الهجرة الداخلية فى اتجاه الحضر .

* توفير المناخ الاجتماعى الذى يفرس فى أعماق الانسان المصرى الاحساس بالاطمئنان على حياته ومستقبله هو وأبنائه ، وذلك من خلال توفير خدمات الأمن والعدالة والتأمينات الاجتماعية وتطويعها للحفاظ على حياة المواطن وماله وعرضه وحقوقه فى اطار سيادة القانون .
الموارد البشرية والقوى العاملة :

تعتبر الموارد البشرية فى بلادنا - بحق - الثروة القومية الاولى للمجتمع ، ولا يمكن للتنظيمات والتشريعات وحدها إحداث التغيير المطلوب من ملامح مجتمعنا وتهيئة المناخ الملائم ودفع عجلة التنمية بدون جهد الافراد ومشاركتهم ، فالموارد البشرية أيسر استثمارا وأسرع عائدا من الموارد المادية .

ويتحقق الاستثمار الأمثل للموارد البشرية عن طريق تخطيط القوى العاملة داخل الاطار العام لخطة التنمية ، ويرتكز تخطيط القوى العاملة على ثلاث ركائز رئيسية وهى :

أولا : الاستغلال الكامل للطاقات البشرية بتحقيق مستوى الاستخدام وحصر البطالة الوقتية أو الانتقالية فى أدنى حد مستطاع والتوزيع الأمثل للعمالة القائمة .

ثانيا : تحقيق الاستخدام الأمثل والأفضل للقوى العاملة عن طريق
ترشيد المنبع الجديد والقوى العاملة بتوجيه الأفراد الى مجالات التعليم
والدريب ثم الأعمال التي تتناسب مع استعداداتهم الطبيعية وميولهم
الخاصة والتي تبلغ كفايتهم الانتاجية فيها أعلى مستوى .

ثالثا: صيانة الموارد البشرية بما يحقق الحفاظ على قدرة العامل
وانتاجيته ، لكى يحقق أقصى حجم انتاج ممكن على مدى حياته
العملية .

التنمية والعمالة :

هناك ارتباط وثيق بين سياسات وبرامج التنمية وبين حجم العمالة
وهذا الارتباط ذو شقين ، الشق الأول خاص بأهداف العمالة فى خطط
التنمية أى حجم فرص العمل التى تحققها الخطط ، والشق الثانى
خاص باحتياجات خطط التنمية من القوة العاملة كما ونوعا ، وتقدر هذه
الاحتياجات بناء على معايير أو أنماط انتاجية خاصة ، وتقوم هذه
المعايير أو الأنماط على أساس ما يحتاجه حجم معين من انتاج السلعة أو
الخدمة من مختلف فئات القوى العاملة كما ونوعا . ومن شأن هذا
الارتباط أن يؤثر فى نوعية الاستثمارات ، حيث يراعى التوازن الواجب
بين الاستثمارات المكثفة للعمالة والاستثمارات المكثفة لرأس المال .

وحتى اذا كان توفير أكبر قدر من فرص العمل لامتصاص تراكمات
البطالة الجزئية والمقنعة أو لمواكبة معدل الزيادة الكبير فى عدد
السكان ، يتطلب التركيز على الاستثمارات ووسائل الانتاج المكثفة
للعمالة ، فان هناك أنواعا معينة فى الصناعات تتطلب الأخذ بالوسائل
المكثفة لرأس المال ، مثل الصناعات الأساسية التى تؤثر فى نفقات
انتاج صناعات أخرى كالسجاد والمبيدات الحشرية مثلا .

وفى جميع الأحوال يجب توجيه سياسات التدريب والتعليم على
النحو الذى يحقق أهداف العمالة فى خطط التنمية ويسد احتياجات هذه
الخطط من مختلف فئات القوى العاملة كما ونوعا .

أهم خصائص القوى العاملة المصرية :

قبل محاولة التصدى لرسم اطار تخطيط القوى العاملة ، نستعرض

أولا بعض خصائص القوى العاملة المصرية التى تمثل هيكلها ووضعها
القائم ، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلى :-

* تخلف قدرات قوة العمل ونسبتها الى مجموع السكان عن
نظائرها فى الدول المتقدمة حيث تقدر نسبة قوة العمل الى اجمالى
السكان بمايتراوح بين ٢٦٪ - ٢٨٪ وهى نسبة منخفضة بالقياس
لنظائرها ، ليس فى الدول المتقدمة فحسب ولكن أيضا فى كثير من
الدول النامية ، تكاد تكون هذه النسبة ثابتة منذ خمسة عشر عاما .

* تشكل قوة العمل الزراعية - حوالى ٤٢٪ من اجمالى قوة العمل -
أكبر مستودع لامداد المجتمع بالمهارات بشرط تسميتها وإعدادها .

* يعوق انخفاض المستوى التعليمى وانتشار الأمية - الجهود
المبذولة لتنمية القوى العاملة .

* تخلف هيكل المهارة فى بعض القطاعات عن نظيره فى الدول
المتقدمة فضلا عن الخلل الذى يعانيه بسبب نقص حلقات المهارة
الوسطى .

* يضاف فائض الخريجين الى صور البطالة المقنعة ، فتضيع ثمرة
التعليم ، وتضمر طاقة الشباب .

* لايزال معدل الاستخدام قاصرا عن استيعاب الداخلين فى قوة
العمل ، ومن باب أولى عاجزا عن امتصاص تراكمات البطالة .

أهم مقومات تنمية القوى العاملة :

يتطلب تخطيط القوى العاملة تهيئة بعض المقومات الاحصائية
والعلمية أهمها :

* الاتفاق على مسميات مختلف المهن والأعمال وتحديد مواصفات
واضحة لها .

* حصر منشآت التعليم والتدريب ومصادر إمداد قوة العمل
الأخرى ، وتقديرا مايمكن أن توفره من مهارات لموازنته مع احتياجات
الطلب كما ونوعا وتوقيتا ، والسعى الى دعمها ماديا وبشرييا من الجهات
المنتهقة بخريجيتها .

- الابتعاد عن أية صور جديدة للعمالة الزائدة والحد من التعليم فى بعض المراحل التى لا حاجة اليها كذلك بعض تخصصات فى التعليم الفنى والمعاهد العليا والجامعات ، وترشيد استخدام فائض الخريجين عن طريق معاودة تدريبهم أو تشجيعهم على العمل المنتج .

ثانيا : سياسة قومية للموارد البشرية :

تستلزم طبيعة الامور السعى الى تحقيق أقصى معدلات التنمية من خلال الاستخدام الكامل على مرحلتين :-

الاولى : خطة قريبة الأجل :

تهدف الى تعبئة المناخ علميا واقتصاديا وتنظيما وبشريا لتحقيق أهداف التنمية من خلال :

- تدعيم الخبرات المختلفة المعنية بالثروة البشرية على جميع المستويات بمراجعة الحلول التى انتهت اليها مشكلات المرحلة العاجلة وصولا الى أعلى درجات التكامل والتنسيق .

- التدرج فى ممارسة خطط قياسية تجمع بين الإعداد والاستخدام وتسعى الى ترشيد الموارد البشرية والمادية فى قطاعات وأقاليم محددة .

* استكمال مواصفات المهن والاعمال بدءا من القطاعات والاقاليم الرائدة وتدرج مستوياتها بمايسمح بمقابلة تفاوت مهارات أفراد قوة العمل.

- التنسيق مع سياسات الانفتاح لتتربط فرص العمل ذات التكنولوجيا المتقدمة فى هذه الأنشطة قدر الامكان مع نظائرها من فرص العمل الداخلية ذات الطبيعة المكثفة للعمالة .

- التحرك المتوازن بين إعداد قوى العمل بالمهارات اللازمة وبين الاستراتيجية الجديدة للمشروعات بحيث يسبق الإعداد من حيث التعليم والتدريب موعد التشغيل ، وبما يقلل من هجرة أهل الريف الى المدن ويعمل على تحسين انتاج قوة العمل من الاناث.

الثانية : خطة طويلة الأجل :

تهدف الى كفاية الحق لكل فرد على مجتمعه فى توفير فرصة العمل المستقر والمنتج والمجزئ الذى يلائم تخصصه وقدراته وذلك من خلال :

* العناية بخلق المزيد من فرص العمل المنتجة .

* ترشيد الهيكل الوظيفي ومكونات المهارة فى الأنشطة المختلفة .

* تصحيح سياسات الأجور والحوافز لتحرك العمالة فى الاتجاه الصحيح ولترشيد الانتاج والخدمات .

* توفير استخدام المؤثرات العلمية لتقدير الطلب على قوة العمل فى ضوء خبرات الماضى ومعدلات الانتاجية والمقارنات الدولية .

* توفير الدراسات الاحصائية عن حجم وخصائص قوة العمل الحالية والمتوقعة والطلب المحلى والخارجى على قوة العمل حسب المهن والتخصصات والمستوى التعليمى ومشكلات قوة العمل فى القطاع الخاص وتوفير بيانات دورية عن هيكل العمالة والمهن فى القطاعات المختلفة .

* تشجيع اجراء البحوث العلمية الخاصة بتنمية الثروة البشرية ومستوياتها التعليمية والتدريبية ، على الاخص بحوث الحوافز لوضع الحلول السليمة للمشاكل العمالية .

ومما لاشك فيه أن تنمية القوى العاملة تستغرق وقتا طويلا قد يمتد الى سنوات أن التنمية فى ذات الوقت تشكل مطلبا ملحا يجب الاستجابة اليه ولذلك فان الأمر يقتضى السعى فى الاتجاهين التاليين معا .

الاتجاه الاول : مواجهة المشكلات والظواهر العاجلة .

الاتجاه الثانى : رسم سياسة قومية ثابتة للموارد البشرية تنمية وإعدادا .

أولا : التحرك العاجل :

- توفير فرص عمل منتجة ومكثفة للعمالة دون اغفال لما تقتضيه السياسة الاقتصادية من مشروعات مكثفة لرأس المال .

- التوسع فى دراسة أسواق العمل الخارجية وقد يساعد على ذلك انشاء شبكة من مكاتب العمل فى مختلف المناطق .

- تجميع وتحليل البيانات المتاحة عن السكان والمعروض من قوة العمل والطلب عليها فى القطاعات المختلفة كركيزة أساسية للانطلاق منها نحو خطة متكاملة للقوى العاملة .

- اطراد التقدم فى اساليب تقديرات العرض بترجيح سياسات التعليم والتدريب وفقا لاحتياجات المجتمع فى المدى الطويل ، وترشيد الطلب بين المشروعات الكبيرة والصغيرة وتصويب التحرك المتوازن بين الاستثمار فى المشروعات والاستثمار فى البشر مما يزيد حجم القوى البشرية المنتجة ، ومن ثم عائد الاجر كدخل فردى يزيد بدوره فى الدخل القومى وعدالة توزيعه .

- السعى نحو تحسين هيكل العمالة بين الانشطة الرئيسية وماتحويه من هياكل للمهارة تسمح بتطبيق المزيد من التكنولوجيا المتقدمة بشرط أن تتناسب معها قدرات الأفراد .

- تنظيم الهجرة والعمل بالخارج بالصورة التى تحقق أكبر عائد على المجتمع دون اخلال باحتياجات الأسواق الداخلية .

- اصدار التشريعات التى تضمن أمان العامل وأمانته وتحقيق زيادة انتاجه ورفع انتاجيته وتوفير للمجتمع عناصر رخائه وحضارته .

إطار التدريب ومسئوليته :

يشكل التدريب بعدا حاكما من أبعاد تنمية الثروة البشرية لمختلف مستويات قوة العمل وهو أكثر ارتباطا بخبرات العمل منه بتنمية شخصية الفرد التى يستهدفها التعليم ، ولذلك فهو يسعى الى مقارنة مواصفات الاعمال بقدرات الاشخاص ليجتاز بهم الفجوة التدريبية الواقعة بينهما - الا أن هذا لايعنى اغفال أهمية التعليم كقاعدة أساسية للتدريب ، حيث لايمكن تصور نجاح برامج التدريب على الاعمال الفنية الا اذا توافر لدى الافراد تحت التدريب الحد الأدنى من المعرفة والمعلومات عن التقدم العلمى ووسائل الانتاج الحديثة فضلا عن القيم والسلوكيات المؤثرة فى مستوى الاتقان بصفة عامة .

وهناك مبادئ أساسية لإطار التدريب من أهمها :

* ضرورة تكامل التعليم والتدريب ضمانا لارتقاء المهارات بين العلم والعمل وبين النظرية والتطبيق أثناء الدراسة وقبل الالتحاق بالعمل وبعده مع مراعاة تطبيق مبادئ التوجيه المهنى قبل التدريب وفى المراحل الأولى للتعليم بمايساعد الافراد على تكوين الميول التى تتفق مع

استعداداتهم الطبيعية .

- الاستفادة من الخبرات الرائدة فى التعليم والتدريب والانتاج والخدمات .

- السعى الى أقصى استخدام لامكانات التدريب داخل العمل وإرشد الأساليب باعتبارها أكبر مصدر من مصادر الطاقة التدريبية .

- تمثل مرحلة المتابعة أهم مرحلة من مراحل العملية التدريبية حيث يتوقف على حصيلتها تقييم وتصويب باقى المراحل الأخرى .

- مضاعفة حجم التدريب ليواجه متطلبات المهن الحاكمة والحرية والمسرحين وفائض نظام التعليم ومتسربيه وصور البطالة المقنعة فضلا عن الوفاء باحتياجات أسواق العمل الخارجى .

- الاهتمام بالتدريب السلوكى مع ضرورة التركيز على اختيار القدرة الحسنة والاصرار على تأييدها .

- ينبغى أن تترجم خطط التدريب الى أحجام كمية وأهداف نوعية على مستوى المنشأة والقطاع والأقاليم ، لتواجه الطلب على مختلف المهن وتحسين مستويات الاداء ومعدلاته .

- ضرورة دفع الافراد نحو مزيد من التعليم واكتساب المعرفة والخبرات النافعة إثراء لقدرات المجتمع البشرية ، ولكى يكون التدريب مرتبطا بمايبدل من جهد تدريبي .

* اعداد المدرب واخصائى التدريب بالمستوى العلمى والفنى والتربوى مع فتح مجالات التقدم أمامه جذبا لأفضل العناصر

التوصيات

وعلى ضوء الدراسات التى قدمت عن هذا الموضوع ، والمناقشات التى دارت حولها الآراء التى أبدت بشأنها ، يوصى المجلس بمايلى :-

* أن يتم التخطيط للقوى العاملة ، باعتباره جزءا لايتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، ضمن الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل ، بحيث يتم التنسيق بين سياسات الاستثمار ، وسياسات الاستخدام والاجور وسياسات التعليم والتدريب وباقى السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة بهدف توسيع الطاقة

الاستيعابية للاقتصاد المصرى لتستوعب نوعيات كافة نوعيات العمالة مستقبلا .

* أن تشترك في « تخطيط القوى العاملة » جميع الوزارات والهيئات والجهات التي يدخل هذا الموضوع ضمن مسئولياتها وأن يتم التنسيق والتعاون بينها عن طريق المجلس الأعلى لتخطيط القوى العاملة .

* وأن يستهدف هذا التخطيط مايتأتى :-

- الوصول الى مستوى الاستخدام الكامل للقوى العاملة ، مع استمرار المحافظة على النحو الذى يكفل حق العمل المستقر المجزئ لكل مواطن .

- الاستخدام الأمثل للموارد البشرية بحيث تسهم بأوفر نصيب في زيادة الانتاج وتنمية الدخل القومى ، ويستدعى ذلك توزيع الافراد على الأعمال المناسبة لاستعداداتهم الطبيعية وميولهم الخاصة ، وتدريبهم على ممارستها بأحدث وسائل التدريب والعمل ، مع تهيئة العوامل الكفيلة بأدائهم لأعمالهم على المستوى الأمثل .

- صيانة الموارد البشرية والعمل على ضمان طمأنينتها الاجتماعية واستقرارها النفسى .

* أن يراعى التنسيق المستمر بين الاستثمار والاستخدام مع الاحتفاظ بالتوازن النسبى الواجب بين المشروعات الاستثمارية المكثفة لرأس المال وتلك المكثفة للعمالة . وكذلك التنسيق بين التوزيع النسبى لهذين النوعين من المشروعات الاستثمارية وبين سياسات الاجور .

* أن يتم تحقيق هذا التوازن على مراحل ، لتعذر تحقيقه دفعة واحدة - نظرا للضغط السكانى المتزايد وانتشار البطالة الجزئية - ويقترح أن تتابع هذه المراحل على النحو التالى :

- سد الثغرة بين معدل تزايد السكان - ومن ثم معدل تزايد القوى العاملة المتاحة وبين معدل ماتتيحه وما تقدمه برامج التنمية من زيادة في فرص العمل مما يؤدى الى وقف تراكمات البطالة الجزئية والمقنعة .

- الاسراع في التنمية الاقتصادية وتوسيع نطاقها لى تسير بمعدل يفوق معدل تزايد السكان حتى يمكن أن تمتص البطالة الجزئية

التي تراكمت على مدى الأعوام السابقة قبل سد تلك الثغرة .

- الاحتفاظ بالتوازن المطلوب بين معدل التنمية وبين معدل تزايد السكان ولايتحقق ذلك بالتوازن الكلى بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين مجموع فرص العمل فحسب ، بل يجب أن يكون هذا التوازن الكلى مصحوبا بتوازن نوعى ، يشمل مختلف أنواع المهن ومستويات الفن والمهارة ، حتى لا يوجد عجز في بعضها وفائض في البعض الآخر ويتطلب هذا التوازن النوعى - التنسيق بين السياسات التعليمية والتدريبية وبين سياسة الاستخدام .

* أن تعطى الأولوية لامتناس " البطالة الجزئية " وذلك عن طريق الاعتماد على المشروعات الاستثمارية المكثفة للعمالة على أن يقتزن ذلك بالوسائل المكثفة لرأس المال بالنسبة لصناعات معينة وهى الصناعات التصديرية والأساسية بوجه خاص .

* أن توضع موازنة سنوية للقوى العاملة ، اذ ان هذه الموازنة من أهم أدوات تخطيط الموارد البشرية ومتابعتها ، فهى التى تحقق التوازن بين القوى العاملة المتاحة من جهة وبين احتياجات الاقتصاد القومى من مختلف الأعمال والمهن ومستويات المهارة من جهة أخرى . كما أنها تكشف عن العجز والفائض في مختلف هذه المهن والمستويات .

* توفير المقومات الأساسية لاعداد موازنة القوى العاملة على الوجه الكامل ، وبما يكفل لها النجاح وأهم هذه المقومات :

- الإحصاءات والدراسات الديموجرافية المتقدمة التى يرجع اليها في تقديرات التغيرات المتوقعة للسكان والقوى العاملة المتاحة .

- الاحصاءات الدورية الدقيقة للاستخدام والبطالة في مواعيدها المحددة.

- وجود تصنيف وتوصيف مهنى دقيق .

- وجود معايير دقيقة لقياس احتياجات مختلف المشروعات من القوى العاملة كما ونوعا مع الأخذ في الاعتبار التغيرات التى تحدث في عوامل الانتاج .

- احصاءات التعليم والتدريب التى تبين الفرص أو الامكانات المتاحة في مختلف مجالاتها .

- كفاءة شبكة مكاتب الاستخدام ، بحيث يمكن التعرف على الصورة الكاملة لسوق العمل .

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

إعداد وتنمية الموارد البشرية

فى الملاحظة والمحاكاة . كما تتوقف أيضا على معاملة اسطواناتهم لهم وخبرتهم . وبعد سنوات طويلة من الممارسة العملية يصبح هؤلاء الصبية معلمين لغيرهم وما يزال هذا النظام قائما فى عدة وحدات انتاجية بجانب القطاع الخاص ، وما يزال هؤلاء الصبية مصدرا من مصادر القوى العاملة لكثير من الشركات ، وان كان عدد الصبية الملتحقين بالاعمال الخاصة قد قل عن ذى قبل . وتقوم وزارة القوى العاملة بمحاولة لتهديب هذا القطاع باتاحة الفرصة لتدريب الصبية معن تتراوح اعمارهم بين ١٢ - ١٥ سنة فى مدارس ومراكز التدريب قبل التحاقهم بالعمل ، ويشمل برنامج التدريب بعض الجوانب الثقافية بجانب التدريب العملى مع اعفاء اصحاب الورش من التأمينات الاجتماعية عن هؤلاء الصبية ، وصرف مكافآت تدريب لكل صبي .

- خريجو المدارس الثانوية الفنية :

يؤخذ على خريجي هذا النظام عدم توفر التدريب والخبرة العملية للخريجين وتغلب الجانب النظرى عليهم ، ولذلك فهم أقل مهارة من غيرهم ، مما صرف معظم الشركات عن الاستفادة بهم فى خطوط الانتاج والصيانة . ومن واقع بيانات وزارة القوى العاملة (ادارة توزيع الخريجين) يتضح وجود فائض كبير فى بعض تخصصات هؤلاء الخريجين ، كما يظهر عجز أيضا فى قليل من التخصصات ، الأمر الذى يؤكد أهمية الوقوف على حقيقة الاحتياجات لسوق العمل لتصويب هذا الموقف وتوجيه الشباب الى المهن المطلوبة والتوسع فى التدريب عليها .

- خريجو مراكز التدريب المهني (نظام التلمذة الصناعية الحديثة) :

وهو النظام الذى تتبعه وزارة الصناعة (مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني) وبعض الشركات الكبيرة حيث يلتحق بهذا النظام الحاصلون على الاعدادية العامة (مثل المدارس الثانوية الفنية) ومدة التدريب نحو ٢٢ شهرا منها نحو ٩ شهور فى مراكز التدريب المهني المعدة لاستقبال عدد محدد من الطلبة يتفق وعدد أماكن العمل المتاحة

٤٢٥

تعتبر الموارد البشرية الثروة الأولى للمجتمع ، ولذلك فان التطور الاقتصادى والاجتماعى فى أية دولة يعتمد أساسا على جهود الفنيين والمهنيين ، ويواجه المجتمع المصرى المعاصر حاليا نقضا شديدا فى العمالة الماهرة فى كافة المجالات وعلى الاخص مجالات الانتاج الأساسية - فى نفس الوقت الذى يوجد فيه فائض فى تخصصات أخرى - ويرجع النقص فى العمالة الماهرة وعدم توازن سوق العمل الى أسباب كثيرة ستوضح فيما بعد ، كما سيوضح أيضا حجم النقص فى القوى العاملة المدربة اللازمة لتنفيذ مشروعات التطوير الاقتصادى والاجتماعى وكذلك الحلول المقترحة للتغلب على هذه المشكلة .

مصادر العمالة الماهرة

- صبية الورش والمحلات الخاصة :

وهم الصبية من الأميين والمتسربين من التعليم الذين يلتحقون بالورش الخاصة حيث يتدربون على حرفهم مع أصحاب هذه الورش والمحلات أو مساعديهم من قدامى العمال . وبالرغم من عدم وجود أى نظام تعليمى أو تدريبى لهم ، إلا انهم يكتسبون الخبرة من مزاولتهم للعمل ، ويبلغون حدا من المهارة ، يتوقف على قدرة كل منهم الخاصة

ألف عامل جديد سنويا ، ويتم التدريب على نظام التدريب السريع لمدة ٦ شهور فى المتوسط لليرة الواحدة كما أن مراكز إعداد المدربين يمكنها توفير ٢٠٠ مدرب سنويا .

– الوزارات الأخرى :

يتضح من بيانات وزارة القوى العاملة أنه يوجد بعض مراكز التدريب المهني تابعة لوزارات مختلفة يبينها الجدول التالى :

| الوزارة | حكومى | | قطاع عام | |
|--------------------------------|---------|---------|----------|---------|
| | عدد | طاقة | عدد | طاقة |
| | المراكز | التدريب | المراكز | التدريب |
| النقل والمواصلات والنقل البحرى | ١٣ | ٤٤٣٠ | ١١ | ٢٧٠ |
| الرى | ٥ | ١٠٠ | ١ | ٣٢٤ |
| امانة الحكم المحلى | ٣٩ | ٢٢٦٠ | – | – |
| الصحة | ٤ | ١١٧٠ | – | – |
| الشئون الاجتماعية | ٥٢ | ٣٠٠٠ | – | – |
| التموين والتجارة الداخلية | – | – | ٥ | ٣٤٨ |
| المالية | ١ | ٥٠٠ | ٢ | ٣٠ |
| جهاز رعاية الشباب | ٣٢ | ١٤٢٠ | – | – |
| الطيران المدنى | ١ | ٢٠٠ | – | – |

معاهد أعداد الفنيين :

وهى اما نظام السنوات الخمس بعد الاعدادية أو السنتين بعد الثانوية العامة وكلا النظامين يهدف لإعداد الفنيين (ويسمى الخريج حسب قانون التعليم الاخير – فنى أول) وهم الطبقة الرئيسية وحلقة الوصل بين العاملين فى خطوط التنفيذ والانتاج ، ويقدر خريجى هذه المعاهد حاليا بنحو ٢٩ ألف خريج سنويا وتتوسع وزارة التعليم حاليا فى نظام السنوات الخمس وتطويره بما يرفع من مستوى خريجيه . ويوجد معهدان من هذه المعاهد لإعداد المدربين (خمس سنوات بعد

بكل تخصص ، وياقى المدة للتدريب التطبيقى داخل احدى الشركات مع العودة للمركز يوما أو يومين أسبوعيا لتلقى المواد النظرية الثقافية والعلمية التى يقدر وقتها بنحو ٣٠٪ من مدة التلمذة الصناعية . وخريجى هذا النظام عادة أكثر مهارة وخبرة من زملائهم خريجى الثانوى الصناعى ، لما يتاح لهم من فرص تدريب عملى بالشركات ، ويقدر عدد خريجى هذا النظام بنحو ٦٠٠٠ خريج سنويا

ويوجد حاليا نحو ٣٧ مركزا تابعا لمصلحة الكفاية الانتاجية ونحو ٩ مراكز ملحقة بالشركات تعمل بهذا النظام ، ويجرى حاليا انشاء ٢٥ مركزا جديدا سعتها نحو ٢٦٠٠ متدرب فى الفترة الواحدة (يمكن تشغيل المركز فترتين) وتطبق هذه المراكز نظاما أخرى للتدريب (قصير المدى) لإعداد العمال محدوى المهارة ورفع مستوى مهارة العاملين وتصميم برامج لتوفير مهارات خاصة مطلوبة لبعض الشركات.

– الشركات الصناعية والانتاجية :

يوجد ببعض الشركات الصناعية والبترونية والكهربائية والانتاج الحريى مراكز تدريب لإعداد العمالة الجديدة اللازمة لها ورفع مستوى مهارة العاملين فيها دوريا . ويبلغ عدد هذه المراكز وفقا لبيانات وزارة القوى العاملة ٣٩ مركزا تخرج سنويا نحو ٧٦٢٠ متدربا فى تخصصات تتناسب مع احتياجات هذه الشركات ومدة التدريب بهذه المراكز من ٤ شهور الى سنتين حسب التخصص .

– وزارة التعمير والدولة للسكان واستصلاح الأراضى :

يتبع جهاز التدريب للتشييد والبناء نحو ٢٠ مركزا للتدريب المهني أنشئت ضمن خطة طموحة تشمل ٦٢ مركزا للتدريب المهني و ٣ مراكز لاعداد المدربين .

وتبلغ امكانات هذه المراكز الحالية اعداد نحو ١٠٠٠٠ متدرب سنويا ، هذا بجانب وجود بعض مراكز التدريب ملحقة بشركات المقاولات أهمها معهد التدريب التابع للمقاولين العرب ، وهذه المراكز تقوم بإعداد وتدريب العمالة اللازمة لقطاع التشييد والبناء والتى تبلغ نحو ٦٠

الاعدادية) اللّازمين للعمل " مدرس عملى " بورش المدارس الصناعية .

– معهد إعداد المدربين التابع لوزارة الصناعة :

أنشئ هذا المعهد عام ١٩٦٥ لإعداد المدربين اللّازمين لمراكز التدريب المهنى التابعة لمصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى ومراكز التدريب بالشركات بجانب توفير بعض برامج الترقى للمدربين القدامى (كل ٤ سنوات) ولدى مهندسى وأخصائى التدريب بالأجهزة المختلفة ويلحق بالمعهد خريجو المدارس الثانوية الصناعية و مراكز التدريب المهنى (دبلوم تلمذة صناعية) ممن لهم خبرة عملية فى تخصصاتهم والمرشحون للعمل كمدرسين ، ومدة التدريب ١٠ شهور نظرى (تربوى وفنى) وعملى ، حيث انه من الضرورى أن يجمع المدرب بين الاساس العلمى وبين الخبرة العملية والتدريب على طرق وفنون التدريب ونقل المعلومات واعداد الدروس واستخدام وسائل الايضاح بقيادة المجموعات وعلم النفس الصناعى وأسس التربية .

والملاحظ عموما أن جميع هذا المصادر تعاني من نقص عدد ومستوى كوادى التدريب لرئيس الوحدة ومسئول التدريب والمدرب ومن التجهيزات الحديثة وخاصة وسائل التدريب والايضاح ، كما تعاني أيضا من عدم تناسب عدد المتدربين لامكانات وأماكن التدريب ، مما يقلل من فاعلية التدريب وعدم مسايرة وملاحقة التقدم السريع والتكنولوجيا فى جميع وسائل ومتطلبات العمل والانتاج .

– القوات المسلحة :

أمدت القوات المسلحة سوق العمالة عام ١٩٨٠ بأعداد من العمالة الماهرة بعناصرها المختلفة (حرفى . مهنى . فنى) بلغ اجماليها ٦٦ ألف حرفى منهم ٣٦ ألف سائق ، بعد انتهاء خدمتهم الاجبارية أو انتهاء تطوعهم ، ومن بين التخصصات التى وفرتها القوات المسلحة تخصصات نادرة كعمال البرق الكاتب " تلّكس " .

وتدبر القوات المسلحة احتياجاتها من عناصر العمل على النحو

التالى وذلك من ناحية « الكم » .

× الحرفيون

وهؤلاء تدبرهم من بين المجندين ومجندى الخدمة وتستكمل احتياجاتها بتدريب مجندين فى مراكز التدريب التخصصى .

× المهنيون :

يتم تدبيرهم من المجندين والمتطوعين الحاصلين على الاعدادية والثانوية الصناعية ويتم تدريبهم بمراكز التدريب المهنية بالقوات المسلحة .

× الفنيون :

ويتم اعدادهم من بين المهنيين بعد تأهيلهم بدورات مؤهلة للترقى والوصول الى رتبة الضابط الفنى ويرقى المهنيون بعد تمضية الحد الأدنى فى كل رتبة على الأقل ويستغرق ذلك فترة طويلة أو بالالتحاق بالمعهد الفنى للقوات المسلحة بعد خدمة ميدانية بالوحدات تتراوح بين ٣ - ٥ سنوات حسب المدة التى أمضوها بمركز التدريب المهنى وبشرط الحصول على الثانوية العامة ومايعادلها عند الالتحاق بمركز التدريب المهنى ولعل هذا الأسلوب هو الأسلوب الأمثل الواجب تطبيقه بالقطاع المدنى لتخريج الفنى الذى يسد الثغرة بين المهندس والمهنى والحرفى .

× رفع مستوى العمالة :

تبدأ القوات المسلحة بمحو أمية الاميين ثم تمارس رفع المهارة وتدعيم القدرات بتدبير منشآت تعليم مختلفة لكافة المستويات مزودة بأحدث المعدات بواسطة مدربين اكفاء فى ظل أسلوب واقعى انتاجى متصل بقطاعات الانتاج التى سيعملون بها مع تنمية المعارف النظرية التى تكسب المتدرب القدرة على التدرج فى المستويات الاعلى . وتوضع المناهج على أساس ١٠٪ تدريب عسكرى و ١٥٪ مواد فنية عامة و ٢٠٪ مواد فنية تخصصية و ٥٥٪ تدريب عملى منها ٢٠٪ تدريب فى مواقع الانتاج ، وبعد التخرج تجرى متابعة رفع المستوى بتوافر عناصر الاشراف المدربة المؤهلة القادرة على مراقبة التشغيل وتصحيح الاخطاء ، هذه العناصر تشمل المهنيين والفنيين والمهندسين أو

الاخصائيين وذلك خلال التدريب المستمر بالقوات المسلحة ضمن برامج التدريب العادية مع الاحاطة بكل ما يستجد فى مجال التكنولوجيا ، وكذلك بعقد دورات التأهيل للترقى . ويمكن الاخذ بهذا الاسلوب فى القطاع المدنى مع الاستفادة بامكانات القوات المسلحة فى هذا المجال باستخدام منشأتها التعليمية فى غير أوقات العمل الرسمية

أسباب النقص فى العمالة الماهرة

ان العجز فى العمالة الماهرة كما ونوعا يرجع الى عوامل كثيرة تراكمت فى السنوات الاخيرة حتى أصبحت مشكلة يعانى منها الاقتصاد القومى ، نوجز أسباب ذلك فيما يلى :

- عدم مواصلة مخرجات التعليم والتدريب الحالية لاحتياجات سوق العمل بسبب عدم وجود استراتيجية تنمية شاملة وطويلة المدى ، ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ثم الى تعليم وتدريب ، كما أن قطاعات التعليم الفنى والعمل والتدريب لم تثل العناية التى تتكافأ مع دورها فى اعداد العمالة وطبقة الفنيين . ومع حاجة البلاد الماسة الى هاتين الفئتين كما ونوعا ، فانا مازلنا نعانى الارتفاع المستمر فى القبول بالدراسات النظرية والذى يحدث خلافا فى التوازن بين التخصصات المختلفة ، ولذلك فان النظام التعليمى الحالى فرض على سوق العمل فائضا من العمالة فى بعض المجالات وعجزا فى المهن الضرورية ، وبالإضافة الى ذلك فانه لا يوجد أى تنسيق بين أجهزة التعليم وأجهزة التدريب على المستوى القومى .

- قصور امكانات التدريب الحالية بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها فى مجال إعداد القوى العاملة الماهرة ، وعدم مساهمتها للتطورات العلمية الحديثة ، وذلك بسبب قلة عددها واقتارها الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية للتدريب لتشجيع العاملين فى كوادرات التدريب المختلفة بالحوافز التى ترغيبهم فى البقاء فى عملهم ، وقد أدى ذلك الى قصور شديد فى عدد المدربين المؤهلين .

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت فى السنوات

الاخيرة . فقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية الى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى تحتاجها البلاد ، مما أدى الى عجز كبير فيها فى الداخل وارتفاع اجورها بشكل غير طبيعى ، حلول عمالة منخفضة الانتاجية والجودة محلها جزئيا ، أو حلول عمالة أجنبية ولو أنها فى حدود ضيقة ولم تستطع أجهزة التعليم والتدريب التحرك بسرعة لمواجهة الطلبات المتزايدة من العمالة المصرية للاسواق الخارجية

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطین الصناعات والخدمات فى الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ونتج عن ذلك عجز شديد فى العمالة الزراعية الضرورية للريف .
- عدم تغير نظرة المجتمع بالنسبة للعمل اليدوى مما أدى الى استمرار اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية فى أجهزة التعليم ، وحجب أعداد كبيرة عن الالتحاق بالتخصصات التى تتطلبها حاجة البلاد من المستويات المهنية المختلفة .

حجم النقص فى القوى العاملة ومجالاته

أن تحديد حجم النقص فى القوى العاملة بالدقة الواجبة يستلزم تحليل هيكل العمالة المصرية تحليلا واقميا فى ضوء احتياجات التنمية والخطط الاقتصادية الحالية والمتوقعة فى المستقبل القريب والبعيد . وتشير التقديرات المبدئية الى أن الاحتياجات من فئة الفنيين تقدر بحوالى ٨٠٠٠ فنى سنويا حتى عام ١٩٨٥ ، فى حين أن متوسط التخرج الحالى من معاهد إعداد الفنيين لا يتجاوز ١٨٠٠ فنى سنويا . ويظهر ذلك فى قطاع التشييد والبناء ، وهو من الأنشطة التى تساهم بشكل مباشر وغير مباشر فى إقامة مختلف نوعيات المنشآت ، حيث يبلغ مايقوم به من انتاجية حوالى ٥٠٪ من إجمالى حجم الاستخدامات الاستثمارية لخطط التنمية على مستوى الدولة وأنه بذلك يعتبر ركيزة أساسية فى كافة مجالات الانتاج والخدمات . ويوضح الجدول التالى الاستثمارات المقدرة للقطاع والعمالة اللازمة لتنفيذها سنويا حتى عام ١٩٨٥ .

الماهرة على الاقتصاد القومى يوصى بالاتي

– فى قطاع التعليم :

. الاسراع بتعميم التعليم الاساسى وتوفير الامكانات والتجهيزات اللازمة له ، وايجاد صيغة للتعاون بين أجهزة التدريب وهذه المدارس فى الحدود الممكنة الى أن يتم استكمال هذه التجهيزات .

. اعادة النظر فى سياسة القبول بمراحل التعليم العام للحد من القبول بالثانوى العام والنزول به الى حوالى ٢٥٪ من الطلاب الناجحين فى الشهادة الاعدادية وتوجيه خريجي المدارس الاعدادية الباقين الى ثلاث شعب هى :

* مدارس فنية ثانوية نظام ٣ سنوات .

* مراكز التدريب المهنى والتخصصى .

* المعاهد الفنية لاعداد مستوى الفنى (نظام السنوات الخمس)

فى قطاع التدريب :

. توفير كوادر التدريب لأجهزة ومراكز التدريب بالمستويات العلمية المناسبة وأن يكونوا من نوى الخبرة فى تخصصاتهم ومن أكفأ العناصر وعلى خلق سليم واختيارهم من القواعد العريضة العاملة فى مجال تخصصاتهم وإعدادهم كمدرين فى المعاهد المتخصصة ، مع منحهم الحوافز المادية والادبية .

. إعداد برامج التدريب لتقابل احتياجات فعلية من المهارات المطلوبة للأعمال المختلفة التى تتناسب مع امكانات الافراد وقدراتهم ، وذلك عن طريق تحليل وتوصيف الأعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب ويصاحب ذلك وضع مستويات مهارة لكل مهنة أو حرفة تقاس باختبارات مهنية قياسية على مستوى الدولة – وهذا يقتضى النظر فى الغاء تسعير الشهادات وربط الأجر بالوظيفة .

. سد النقص الموجود فى مراكز التدريب القائمة وتوفير احتياجاتها من معدات وآلات ووسائل ايضاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ، وتشغيلها بأقصى طاقة ممكنة مع ضمان مستوى مناسب من التدريب .

٤٢٩

| السنة | ١٩٨١ | ١٩٨٢ | ١٩٨٣ | ١٩٨٤ | ١٩٨٥ |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|
| الاستثمارات المقدرة (بالمليون) | ١٥٩٠ | ١٦٨٩ | ١٨١٣ | ١٩٥٥ | ٢١١٠ |
| العمالة اللازمة تراكميا (بالاف) | ١٧٥ | ٢٦٦ | ٢٨٨ | ٣٥٨ | ٤٣٣ |

ولما كان ناتج التدريب من المراكز الحالية وبالامكانات المتاحة لايتجاوز ١٠٠٠٠ عامل سنويا فانه يتضح مدى العجز الذى سيتراكم خلال السنوات الخمس الموضحة بالجدول السابق .

كما بينت الاحصاءات والدراسات التى اجرتها وزارة القوى العاملة وجود عجز ظاهر فى العمالة الماهرة وعلى الاخص فى المجالات الآتية :
اعمال التشييد والبناء – الاعمال الميكانيكية والكهربائية – تشغيل وصيانة الآلات الدقيقة – النقل والمواصلات – استصلاح الاراضى والميكنة الزراعية – الصناعات الغذائية – الخدمات الصحية – التبريد والتكييف – السياحة والفنادق – السكرتارية المتقدمة – صيانة الاجهزة المنزلية – الغزل والنسيج .

مواجهة مشكلة النقص فى العمالة الماهرة

فى ضوء ماسبق فان حل مشكلة نقص العمالة الماهرة فى مجالات الانتاج والخدمات الاساسية يجب أن يأخذ فى الاعتبار:

. تحديد الاحتياجات الفعلية من العمالة الماهرة كما وكيفا وميقاتا .

. أسلوب إعداد هذه العمالة ومتطلباتها كما وكيفا .

على أن يتم ذلك فى ثلاثة اتجاهات متوازية تبدأ فى وقت واحد :

. اجراءات عاجلة تستهدف البدء فورا فى علاج مشكلة النقص

الحاد فى بعض المهن الحاكمة .

. خطة متوسطة المدى تستهدف توفير العمالة الماهرة للوفاء

باحياجات الخطة الخمسية ٨١ / ١٩٨٢ حتى ٨٥ / ١٩٨٦ .

. خطة عمالة طويلة المدى مبنية على خطط اقتصادية واجتماعية

شاملة حتى سنة ٢٠٠٠ .

الإجراءات العاجلة للبدء فى علاج المشكلة

لايجاد علاج سريع للحد من بعض آثار مشكلة العجز فى العمالة

التوسع فى نظام التلمذة الصناعية بالورش والمصانع وفتح الفصول الفنية الملحق بالمصانع للتعليم والتدريب .

. التوسع فى تقديم برامج رفع مستوى مهارة العاملين بالمواقع الانتاجية ، إما بمراكز التدريب أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات على أن تتناسب هذه البرامج مع احتياجات التدريب الفعلية للفرد والشركة ، خاصة وأن حوالى ٨٥٪ من فئة عمال الانتاج غير حاصلين على أى نوع من التعليم أو التدريب .

– فى قطاع القوات المسلحة :

. تدريب من لائحة له من المجندين غير الأميين اثناء الخدمة العسكرية خلال السنة الاولى من تجنيده باستخدام الساعات المخصصة لحو الأمية وقدرها ٦٠٠ ساعة فى ذلك الغرض بالتعاون مع اجهزة الدولة المعنية بتخطيط العمالة ، وتوفير امكانيات التدريب بواسطة القطاعات المختصة (مدربين ومعدات ومراكز تدريب متنقلة) .

. انشاء كتائب الخدمة الوطنية من اللاتقنين للتجنيد الذين لاتستوعبهم القوات المسلحة (فئة تحت الطلب) بتشكيل كتائب نوعية ككتائب التشييد والبناء وكتائب استصلاح الاراضى ، على أن يسبق ذلك مرحلة تحضيرية يتم خلالها اعداد مراكز التدريب واعداد المعلمين وكوادر ضباط الصف ، وذلك طبقا لقانون التجنيد الذى يسمح بانشاء هذه الكتائب.

. احتساب السنة الأولى بعد انتهاء الخدمة الالزامية لهؤلاء المدربين ضمن مدة خدمة الاحتياط – على أن يتم ابلاغ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ووزارة القوى العاملة باعداد وبيانات هؤلاء المدربين .

. الاستعانة بمنشآت القوات المسلحة التعليمية والتدريبية فى غير أوقات العمل الرسمية فى تدريب العمالة الماهرة والفنيين فى التخصصات المطلوبة فى القطاع المدنى .

توصيات عامة :

* توفير الاعتمادات المالية اللازمة لسرعة تنفيذ مشروعات التدريب

الجارى انشاؤها وتذليل عقبات التنفيذ الادارية والمالية ، وسرعة استخدام القروض والمنح المخصصة لذلك واستصدار قانون الصندوق القومى لتمويل التدريب الذى أعدته اللجنة المشتركة للقوى العاملة ، ويفرض رسما مقداره مايزاى ١٪ من اجمالى أجور العاملين فى كل منشأة يزيد عدد عمالها عن ٥٠ فردا لاستخدام الحصيلة بالاضافة الى ماتخصصه الدولة ، للصرف على مشروعات التدريب واحتياجاته .

* البدء فى انشاء مركز قومى لبحوث التدريب يعمل على تطوير نظم وأساليب التدريب والتشريعات الخاصة به ومتابعة وتقييم أنشطة التدريب .

* تدعيم أجهزة التدريب وتخطيط العمالة بالمنشآت المختلفة لتكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى اللازم .

* اعتبار النشاط التدريبى ونتائجه بالوحدات عنصرا من عناصر تقييم المستوى بها .

الخطة المتوسطة المدى (خمسسية)

تستهدف الخطة الخمسية حصر الاحتياجات من العمالة بكافة انواعها وخاصة فى المهن الحاكمة التى يشهد فيها العجز وكذا الطلب الخارجى للعمالة المصرية ، ومقارنة ذلك بمخرجات التعليم والتدريب الحالية واعطاء هذه المؤشرات لهذه الأجهزة حتى يمكنها اجراء التوسعات المناسبة والتغييرات اللازمة لتوفير هذه الاحتياجات ويقترح فى هذا المجال اجراء الخطوات التالية :

– تحديد الطلب على العمالة فى هذه الفترة وذلك عن طريق :

. تحديد الخارجين من قوة العمل فى السنوات الخمس القادمة .
موزعين على التخصصات والمهن المختلفة من واقع البيانات التفصيلية للتعاد بالاضافة الى البيانات المتوافرة فى برنامج معلومات الاستخدام (بوزارة القوى العاملة) .

. تحديد العمالة اللازمة للتوسعات والمشروعات الجديدة الواردة

الخططة الطويلة الأجل حتى سنة ٢٠٠٠

تدخل هذه الخططة فى اطار التخطيط الشامل متكاملة معه ومكونة أحد محاوره الرئيسية ولا تستهدف تخطيط العمالة وإعدادها فحسب بل أن موقعها داخل الخططة الشاملة سيمكثها من القضاء على كافة المشاكل التى تعاني منها الدولة ككل ويساعدها على رسم سياسات رشيدة طويلة الاجل لاتعرض للامتزاز والتغير .

ولاتعرض هذه الخططة للعمالة منفصلة عن باقى المؤثرات التى تؤثر عليها وتتأثر بها باعتبار أن العمالة هى الركيزة الاساسية للتنمية وهى المستفيد الوحيد من نتائجها .

وتستهدف هذه الخططة تحقيق الاستخدام الكامل الأمثل للعمالة سواء بالنسبة للداخلين الجدد أو بالنسبة للقائمين فعلا بالعمل ، وترشيد استخدامها بطريقة تستفيد من كل طاقتها وترتفع بها تدريجيا من كافة الجوانب الاجتماعية والثقافية والعلمية والسلوكية .

والوصول الى هذه الأهداف فإن الأمر يستلزم أولا وضع تنمية شاملة مبنية على أساس واقعى يضمن لها الثبات على الاقل فى مكوناتها الاساسية ، كما أن الأمر يستلزم بالرغم من ذلك المراجعة السنوية لهذه الخططة ومتابعتها لتبيان ماتحقق منها وأوجه الانحراف اذا وجدت نتيجة الظروف غير المتوقعة التى تطرأ ، حتى يمكن معالجتها فى حينها بحيث تستمر فى تحقيق الاهداف والاستراتيجيات التى يتم تحديدها مسبقا .

وتتلخص خطوات التنفيذ فى الاتى :

- التنبؤ بأعداد السكان مصنفين بالفئات العمرية وبالنوع والمجموعات الاسرية فى الريف والحضر التى لها أنماط استهلاك واحتياجات مختلفة .

- التنبؤ بمتوسط ارتفاع الدخل القومى حسب السياسات التى تضعها الحكومة(الذى يرتفع بمعدل حوالى ٥٪ سنويا) ثم رسم سياسة لاعادة توزيع هذا الدخل بمايضمن ربط الاجر بالانتاج والعدالة الاجتماعية عن طريق سياسات الاجور من ناحية والضرائب بكافة

بالخططة الخمسية بما فى ذلك مشروعات الانفتاح الاقتصادى عن طريق جمع المعلومات من جهات العمل نفسها وذلك بالمهنة عددا وتخصصا - كما يجرى تقدير للعمالة اللازمة للقطاع غير المسجل سواء فى الريف أو الحضر باستخدام مؤشرات نمو هذا القطاع والتغيرات التى طرأت على العمالة فيه من واقع دراسة مقارنة بين تعدادى ١٩٦٠ ، ١٩٧٦ .

تقدير العمالة المطلوبة للعمل بالاسواق الخارجية بالمهن والتخصصات المختلفة وذلك عن طريق دراسة الاتجاهات الكمية للهجرة من واقع بيانات وزارتى الداخلية والخارجية لمدة السنوات الخمس السابقة ، بهدف تقدير الاعداد المنتظر أن تطلبها الاسواق الخارجية فى نظيرتها القادمة وتوزيع هذه الاعداد المقدرة عن التخصصات على أساس البيانات المتاحة فى وزارة القوى العاملة عن الحاصلين على تصاريح خروج العمل بالخارج ، وكذا بيانات وزارة الداخلية خاصة بالنسبة للخارجين للعمل من القطاع الخاص ومايتاح من بيانات عن طريق المكاتب العمالية والسفارات المصرية بالدول المستوردة للعمالة .

ويمثل ماسبق مجموع الطلب المستجد على القوى العاملة خلال

الخططة الخمسية

- تحديد مخرجات التعليم والتدريب :

. تجميع البيانات المتاحة عن مخرجات التعليم والتدريب فى سنة الاساس والمتوقع خلال الخططة الخمسية .

. اعداد جداول لترجمة التخصصات التعليمية والتدريبية الى مهن.

- مقارنة الطلب على العمالة مع مخرجات التعليم

والتدريب:

وذلك بغرض تحديد التوازن بين مخرجات التعليم والتدريب ومتطلبات سوق العمل واعطاء هذه المؤشرات لاجهزة التعليم والتدريب لأخذها فى اعتبارها عند وضع سياساتها فى الخططة الخمسية وتعديل منشأتها الجديدة الجارى تنفيذها أو المزمع اقامتها خلال سنوات الخططة لسد العجز والقضاء على ظاهرة الفائض بقدر الامكان .

أنواعها من ناحية أخرى مع مراعاة استقطاع ٢٠ الى ٢٥٪ من هذا الدخل للاستثمارات لضمان خلق فرص عمل كافية لامتناس البطالة والبطالة المقننة .

- حساب الاستهلاك الفردي للسكان بكافة مكوناته من السلع والخدمات في المراحل المختلفة من الخطة طويلة المدى (١٠-٥ - ١٥) على أساس عدد السكان ونوعياتهم والدخل المتوافر لكل فئة وذلك عن طريق تطوير بحث ميزانية الأسرة الذي يجريه الجهاز المركزي للإحصاء سنوياً .

- حساب الاستهلاك الحكومي (الانفاق الحكومي من السلع بكافة مكوناته)

- حساب المنتجات التي تستهدف الدولة إنتاجها للتصدير بناء على دراسات تجرى للأسواق الخارجية .

ومن ذلك يمكن حساب المنتج النهائي اللازم إنتاجه على مدى الخطة .

- مقارنة هذا المنتج النهائي في كل مرحلة بما ينتج في الوقت الحاضر حسب الطاقات الانتاجية الحالية بفرض تحديد التوسعات المطلوبة في كل مرحلة .

- ترجمة هذه التوسعات الى مشروعات انتاجية (انتاج المنتج النهائي والمنتجات الوسيطة والمواد الخام والمستلزمات الأخرى للانتاج) عن طريق جداول المدخلات والمخرجات حسب الاستثمارات الحقيقية التي يمكن توفيرها في كل مرحلة والتي تم حسابها بالإضافة الى القروض والمنح التي تستطيع الدولة توفيرها بصفة أكيدة

- ترجمة هذه المشروعات الى عمالة (كما وتخصصا وميقاتا) عن طريق المجموعات المهنية الخاصة بكل نشاط وذلك من المعلومات المتوفرة لدى وزارة القوى العاملة من برنامج معلومات الاستخدام الذي تجمعه سنوياً بالإضافة الى دراسات تكميلية لتحديد تطور الأنشطة في القطاع الخاص غير المنظم بناء على سياسات ترسمها الدولة للنهوض للنهوض بهذا القطاع في إطار الخطة الشاملة . ويمكن للدولة التحكم في ذلك عن طريق تراخيص مزاولة النشاط ، وتوفير امکانات المادية والتكنولوجية والتدريب والإعلامية والتسويقية لهذا القطاع .

٤٣٢

- حساب الاحلال للعمالة في المشروعات القائمة حالياً وذلك في المراحل المختلفة للخطة (الذين سيخرجون من قوة العمل في كل مرحلة نتيجة الاحالة الى المعاش أو غيرها من العوامل) وذلك من بيانات تعدادات السكان والعمالة التي يصدرها الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء .

- حساب العمالة التي ستحتاجها الدول الخارجية المستقبلية للعمالة المصرية عن طريق دراسات لهذه الأسواق للتعرف على خطط التنمية بها وسياساتها فيما يخص بالعمالة الأجنبية عامة والمصرية خاصة ، وعقد اتفاقيات ثنائية معها كلما أمكن ذلك .

- مقارنة مجموع هذه الأعداد بالأعداد المنتظر دخولها سوق العمل ثم إعادة النظر في مشروعات الخطة بتغيير التكنولوجيات المستخدمة في بعض الأنشطة بحيث تصبح مكثفة للعمالة حتى يمكن خلق فرص عمل لكل مواطن في سن العمل وجذب القطاع المعطل من قوة العمل الذي يمثل في النساء غير العاملات الى أعمال منتجة .

ومن ذلك يمكن حساب العمالة اللازمة للسوق الداخلي والخارجي على مدار الخطة كما وتخصصا وميقاتا .

- ترجمة هذه الأعداد الى تخصصات ومستويات تعليمية وتدريبية .

- مقارنة هذه الأعداد بالمخرجات الحالية للتعليم والتدريب .

ومن ذلك يمكن تقدير التوسعات التي يجب أن تطرأ على الطاقات الانتاجية لأجهزة التعليم والتدريب بحيث تتواءم مخرجاتها مع الاحتياجات الحقيقية من العمالة بتخصصاتها المختلفة في كل مرحلة .

هذه هي الخطوط العريضة الممكن اتخاذها للسيطرة على كافة الأنشطة الاقتصادية والتعليمية والتدريبية ، حتى يمكن توفير الاحتياجات الأساسية للسكان والدولة ، وتحقيق العمالة الكاملة وترشيد التعليم والتدريب .

ومن الجدير بالذكر أن ماتعرضت له هذه الدراسة هو موجز لم يتعرض للتفاصيل التي تحتاج كل خطوة منها الى دراسات مستفيضة ومتأنية بواسطة الأجهزة المختصة وفي ضوء بيانات دقيقة ، على أن يجري التنسيق بينها في الإطار الشامل للتخطيط كما لم تعرض الدراسة للسياسات الأخرى المرتبطة بهذه الخطة والتي يجب أن توضع في الاعتبار .

سياسة توزيع الخريجين

تبنى الدولة فى الخمسينات لسياسة التوسع السريع فى كافة مراحل التعليم واقرار مجانيته فى مختلف مراحل ، علاوة على الزيادة الكبيرة فى معدلات المواليد - فى ظل عجز الموازنات والاعتمادات المالية بسبب ظروف الحرب والضغط الاقتصادية المصاحبة لها ، ومن ثم اصبغ خريجو هذه التخصصات يمثلون فائضا ، فى وقت يحتاج فيه سوق العمل ومجالات التنية الى تخصصات أخرى ، يستدعى إعداده المزيد منها استثمارات أكبر غير متاحة .

- عدم وجود خطة تنمية طويلة الأجل ، يمكن على ضوءها تحديد حجم العمالة كما وكيفا وميقاتا ، عن طريق توجيه مراكز التدريب وسياسة القبول والمعاهد والكلية وربط أجهزة التعليم والتدريب وسياساتها وبرامجها وتخصصاتها بنظام تشترك فيه الجهات المستخدمة للعمالة بطريقة فعالة وإيجاد التوازن بين سلم التعليم وهيكل العمالة .

- التزام الدولة بتعيين جميع الخريجين - بعد تأميمها لمعظم الأنشطة التى تقوم بدور هام فى الاقتصاد القومى الامر الذى جعلها المستخدم الوحيد للعمالة تقريبا - برغم عدم حاجة العمل الحقيقية وهو أمر كان له آثار سلبية منها :

• مغالاة بعض الجهات - وخاصة الحكومية منها - عند طلب احتياجاتها من العمالة فلم تقم بتقديره على أسس موضوعية ترتبط بمعدلات الاداء وحجم العمل الفعلى ، وكان من أثر ذلك أن تفشت البطالة المقنعة ، وانخفضت الانتاجية .

* فقد الخريج لروح المبادرة والكفاح التى يعتبرها الاقتصاديون أساس التقدم والمحرك الاول للتنمية الاقتصادية .

* عزوف الكثير من الخريجين عن البحث الجدى عن فرصة عمل (منتجة) مناسبة لتخصصاتهم انتظارا لفرصة العمل السهلة (غير المنتجة) التى التزمت الحكومة بتقديمها بجانب محال اقامتهم - كآثر لمشكلتى الاسكان والمواصلات - والبحث عن عمل آخر علاوة على عملهم الاصلى ، وقد ترتب على ذلك وجود فائض فى تخصصات فى بعض

كشفت الموازنات التى أجرتها وزارة الدولة للقوى العاملة بالنسبة لتوزيع خريجي التعليم العالى والفنى المتوسط على مدى السنوات الخمس السابقة عن وجود فائض فى بعض التخصصات وعجز فى الأخرى وذلك من خريجي المعهد الواحد .

وكان بدء ظهور المشكلة فى الستينات حيث بدأت وزارة القوى العاملة عام ١٩٦٢ بتوزيع بعض خريجي الجامعات الذين شكلوا فائضا ولم يستطيعوا ايجاد فرصة عمل لأنفسهم ، الا أن الامر استدعى بعد ذلك شمول هذا التوزيع لكل خريجي الجامعات (فيما عدا الطب) ، ثم أضيف اليهم خريجو المعاهد الفنية والمدارس الفنية المتوسطة وخريجو التلمذة الصناعية .

قصرت الامكانيات عن تعيين الخريجين فور تخرجهم وترتب على ذلك أن تركوا لمدة تتراوح ما بين ثلاث واربع سنوات لاعطاء الفرصة لمن تستطيع تدبير فرصة عمل لنفسه على أن يقتصر دور الوزارة بعد ذلك على توزيع من لم يستطع الالتحاق بعمل على أجهزة الحكومة والقطاع العام .

وترجع أسباب المشكلة الى عوامل من أبرزها :

- لجوء الدولة الى التوسع فى التخصصات النظرية التى تحتاج الى استثمارات كبيرة ، لمواجهة اقبال طبقات الشعب على التعليم - بعد

العمالة ، وإعداد الانواع الجديدة منها ، التى تتلاءم مع المتطلبات المعاصرة والمستقبلية ، على مستوى عال من المهارة العملية والمعرفة العلمية ، فى اطار استراتيجية تنمية طويلة المدى ومتوازنة تضمن التشغيل الكامل للعمالة ، فى ظل المبادئ الاساسية التى تلتزم بها الدولة وهى :

* الالتزام بمجانية التعليم فى كافة مراحله .

* الالتزام بتعيين فائض الخريجين .

* حرية الهجرة والعمل بالخارج .

ولما لهذه المشكلة من آثار على النواحي الاقتصادية والاجتماعية ، فان الامر يستدعى البدء فوراً بالتحرك لتخفيف آثارها ثم علاجها بإجراءات تتم من خلال خطط ثلاث تسير معا فى وقت واحد ، وذلك على النحو التالى :

الخطة القصيرة المدى : تهدف الى علاج المشكلات الحادة من الفائض والعجز فى العمالة عن طريق التدريب التحويلي ، وتصحيح الوضع ، وذلك باتباع ما يلى :

- بالنسبة للطلبة فى مراحل التعليم : تقوم اجهزة التعليم والتدريب بالتوسع فى التخصصات التى ظهر بها عجز فى السنوات الخمس الماضية على حساب التخصصات التى بها فائض .

- بالنسبة للخريجين الذين يبحثون عن فرصة عمل يمكن اجراء تدريب تحويلي للتخصصات التى اظهرت البيانات وجود فائض فيها ، كما يمكن تحويل عدد كبير من معظم التخصصات الى مدرسين عن طريق برامج تربوية ودورات تدريبية .

- اعادة النظر فى سياسة القبول فى الكليات الجامعية العالية فى ضوء الموقف الحالى لاحتياجات سوق العمل . ويمكن الاخذ فى هذا الصدد بما جاء من مؤشرات فى تقريرى المجلس القومى للتعليم فى دورتيه الرابعة والخامسة فى هذا الشأن .

- التوسع فى القبول فى معاهد إعداد الفنانين لسد العجز الكبير فى هذه الفئة .

المحافظات تمثل هى نفسها عجزا فى محافظات اخرى .

* جمود نظام الاجور والترقيات فى الحكومة - وبشكل اقل فى القطاع العام - علاوة على غياب عاملى الثواب والعقاب ، فى وقت ترتفع فيه الاجور فى القطاع الخاص وفى شركات الاستثمار ، وفى اسواق العمل بالدول البترولية ، وقد ادى ذلك الى :

هروب العمالة الماهرة ، وتكدس غير الماهرة منها وغير المطلوبة فى الحكومة والقطاع العام .

عدم قدرة القطاع العام على المنافسة فى مجال الحصول على المهارات والخبرات المطلوبة له .

تزايد الطلب على بعض التخصصات مثل : المدرسين ، المرضيين ، عمال البناء والتشييد الميكانيكيين .

قصور شديد فى متطلبات العمالة اللازمة للتنمية فى مصر .

- عدم ملاحقة الاستثمارات المتاحة للأعداد المتزايدة الداخلة سنويا فى سوق العمل ، برغم التزايد السريع فى السكان ، واتجاه معظم هذه الاستثمارات الى خلق فرص عمل بقطاعات الخدمات التى تستوعب اعداد كبيرة باستثمارات قليلة نسبيا ، فى وقت لم تستطع فيه قطاعات الانتاج - بسبب ضخامة الاستثمارات المطلوبة - التوسع السريع الذى يمكن معه خلق فرص منتجة وبالتالى امتصاص جزء من العمالة .

- تخصيص جزء كبير من الموازنة التمويلية التى اتاحت اخيرا للاقتصاد القومى لخدمة أغراض الاستهلاك مثل : تدعيم السلع ، أنشطة الخدمات ، وليس إلى أنشطة انتاجية لها تأثيرها فى نمو الاقتصاد القومى ، وما خصص منها لهذه الأنشطة لم يراع فيه اعتبار العمالة - كمعيار اساسى - عند اختيار المشروعات ، برغم أهمية ذلك فى امتصاص أكبر حجم من العمالة المنتجة .

لمواجهة الموقف الحالى فان الامر يقتضى العمل على الموازنة بين مخرجات التعليم والتدريب بكافة مراحله ومستوياته ، وبين الاحتياجات الحقيقية لسوق العمل الداخلى والخارجى ، مع الارتفاع بمستوى

- حفز الخريجين على الاتجاه الى فرص العمل فى المجتمعات الجديدة مع تعديل نظام الاجور والحوافز لتشجيع العمالة الزائدة على العمل خارج مؤسسات الحكومة والقطاع العام

الخطوة المتوسطة المدى : تعتمد هذه الخطوة فى تقديراتها للوفاء بالاحتياجات من العمالة على حصر هذه الاحتياجات بكافة انواعها وخاصة فى المهن الحاكمة التى يشهد فيها العجز وتلك التى تلزم لمقابلة الطلب الخارجى للعمالة المصرية ، ومقارنة ذلك بمخرجات التعليم والتدريب الحالية ، واعطاء هذه المؤشرات لهذه الاجهزة حتى يمكنها اجراء التوسعات اللازمة لتوفير الاحتياجات .

الخطوة الطويلة المدى : ويجب أن تتوافر فى هذه الخطوة الرؤية بالنسبة لخطة شاملة للتنمية تدخل فيها العمالة كاحد المكونات الاساسية على قدم المساواة مع الاستثمار المادى بحيث يمكن ترجمة احتياجاتها الى مستويات تعليمية وتدريبية .

وقد ورد تفصيل للخطتين : متوسطة المدى وطويلة المدى ضمن موضوع « اعداد وتنمية الموارد البشرية » الوارد بهذا التقرير .

التوصيات

على ضوء الدراسة ومادار فى المجلس من مناقشات وآراء - علاوة على المقترحات السابق ذكرها فى هذا التقرير - يوصى بما يلى :-
* تعديل سياسات القبول فى التعليم الجامعى ، وفى المعاهد والمدارس الفنية على اختلاف انواعها ، بحيث تكون هناك موازنة بين الخريجين وسوق العمل من حيث الكم والنوع ، ويمكن الاخذ فى هذا الصدد بما جاء من مؤشرات فى هذا الشأن بالملحق المرفق . وبالنسبة لتفاصيل اعداد المقبولين يرجع الى تقريرى المجلس القومى للتعليم عن دورتيه : الرابعة ١٩٧٧/٧٦ والخامسة ١٩٧٨/٧٧ .

* اعادة النظر فى الاسلوب الحالى لتوزيع فائض الخريجين واستبداله بأسلوب آخر يحقق مصلحة كل من الخريجين والمجتمع ، ويمكن أن يكون ذلك بدراسة اقترح :

. اعداد قوائم بأسماء الخريجين ومنحهم اعانة عمل حتى يتم توفير

عمل مناسب لكل منهم على أن تكون هذه الاعانة مشروطة بالتدريب على مهنة تجعل الخريج صالحا للتعيين فى وظيفة منتجة . وبهذا لا يكون هناك اخلاص بالتزام الدولة بتعيينهم .

. اعادة توزيع العمالة على أجهزة الدولة بحيث لا توجد أجهزة تشكو من تضخم العمالة وتكدس العاملين وأخرى تشكو القصور فى هذا المجال .

. تدعيم أجهزة التخطيط فى الحكومة والقطاع العام حتى تصبح قادرة على توصيف وتنميط الاعمال ووضع معدلات الاداء بحيث يمكن على أساسها تحديد الاحتياجات الفعلية ثم حالات العجز أو الزيادة فى العاملين الموجودين فى بعض الجهات الحكومية والقطاع العام . وبذلك يمكن وضع برامج التدريب التحويلية لسد حالات العجز من حالات الفائض .

. قيام وزارة القوى العاملة - بالاشتراك مع النقابات العمالية والمهنية والغرف التجارية والصناعية - باجراء دراسات تفصيلية للتوصل الى معدلات الاداء للمهن المختلفة فى القطاع الخاص ، وبذلك تكون تقديرات أو تنبؤات الطلب وفقا للمهن فى القطاع الخاص معتمدة على اساس واقعى .

. سرعة اعداد استراتيجية تنمية طويلة الاجل تعتمد على تلبية احتياجات المجتمع على أن تبنى هذه الاستراتيجية على استثمارات حقيقية ومتوازنة ، وأن تترجم الى خطط خمسية للتنمية - ثم تترجم هذه الاخيرة الى خطط سنوية تنفيذية .

ملحق

سياسة القبول فى التعليم العالى

اتجهت الجامعات خلال السنين الاخيرة الى تحقيق سياسة استيعاب الحاصلين على شهادة الثانوية العامة مما أدى الى تحميل الكليات المختلفة باكثر من طاقتها ونجم عن ذلك :
- انخفاض مستوى التعليم الجامعى .
- الوصول بالقبول الى مستويات الطلاب الذين لا يصلحون للتعليم الجامعى .

- إيجاد فائض من الخريجين فى مجالات لا تتطلبها احتياجات العمالة .

ولما كانت سياسة القبول فى الجامعات يجب أن تهدف الى :

أولا : الوفاء باحتياجات العمالة فى مصر والبلاد الصديقة .

ثانيا : الارتقاء بالمستوى التعليمى لخريج افراد على مستوى عال من الكفاءة .

والاخذ بهذا المنطق لا يحتم ان تستوعب الجامعات جميع خريجي الثانوية العامة ولما كان تعليم هذه الفئة طبقا للنظم الحالية يلقى أعباء على التعليم الجامعى لاستيعاب طلاب لا يصلحون لهذا النوع من التعليم فان الامر يتطلب بالنسبة لهم :

- وضع سياسة مؤقتة لاستيعاب فائض الثانوية فى مجالات خارج التعليم الجامعى وذلك عن طريق التدريب السريع .

- ايجاد منافذ قبل المرحلة الثانوية العامة ليتجه الطلاب نحو التعليم غير الجامعى الذى يوفر فئات من العمالة لا تقل فى اهميتها عن تخرجهم فى الجامعات .

تشخيص الوضع الحالى :

ان تخطيط سياسة القبول بالتعليم العالى جزء من السياسة التعليمية للمجتمع ككل وهذه السياسة ترتبط بدورها بخطة التنمية الشاملة للمجتمع اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا ويعنى هذا أن الامر لا يرتبط فقط بإعداد الاختصاصيين على مستوى خريج التعليم العالى وفاء باحتياجات خطط التنمية الصناعية أو الزراعية مثلا بل انه يرتبط بخطط تطوير الخدمات التعليمية والصحية والادارية ، وهو يرتبط - اخيرا وليس آخرا - بخطط التنمية الثقافية والحضارية للمجتمع .

كشفت تجربتنا فى السنين الأخيرة عن متطلبات اخرى لخريجي التعليم العالى فى البلاد الشقيقة والصديقة وبالذات فى العالمين العربى والافريقى ، بحيث اصبح من المألوف الآن النظر اليهم كثروة قومية بشرية يمكن لو أحسن اعدادها واستغلالها ان تعوضنا الكثير عن

٤٣٦

القصور فى الموارد والثروات الطبيعية .

ومن التناقضات اللافتة فى مجتمعنا اليوم ان الشكوى من الضغط على التعليم العالى تاتى فى وقت نشكو فيه من خلل فى العمل فى كثير من مؤسساتنا القومية نظرا للضغط المتزايد من الدول الشقيقة والصديقة لتشغيل أعداد كبيرة من خريجي التعليم العالى فيها ومع اقبالهم بدورهم على النزوح للعمل خارج مصر .

ومن المسلم به الآن اننا فى مصر شائنا فى هذا شأن الكثير من المجتمعات النامية الفقيرة فى الموارد الراحة تحت عبء مشكلة الانفجار السكانى ، سوف لانستطيع ولوقت طويل اعداد تصورات دقيقة لمخططات تنمية شاملة طويلة المدى ، ولذا نذكر هنا ان تخطيط سياسة القبول فى التعليم العالى يعنى تلقائيا الإعداد لخطط التنمية الشاملة التى سوف تبدأ بعد خمس سنوات على الاقل من تاريخ القبول بالجامعات .

نظام القبول بالجامعات :

يعتبر قبول الطلاب بالكليات الجامعية من الموضوعات العامة التى تشغل الرأى العام لارتباطه بمستقبل الابناء كما يشغل رجال التعليم والمتخصصين لارتباطه بنظم التعليم فى مراحل المختلفة من التعليم العام الى التعليم الجامعى والعالى ولارتباطه بحاجة المجتمع ومستقبل التنمية وارتباطه بحاجة العالم العربى والدول الصديقة .

لذلك تناول المجلس بالدراسة والبحث الاسس العلمية لقبول الطلاب بالكليات الجامعية (المواد المؤهلة للقبول) وكذلك اسلوب واجراءات التحاق هؤلاء الطلاب بالجامعات (مكتب تنسيق القبول) ومن الملحوظات التى يمكن ابرازها بالنسبة لهذا الاسلوب مايلى :

أولا : انه بالنسبة للمواد المؤهلة للقبول لوحظ ان الدرجات المخصصة فى المواد المختلفة فى القسم العلمى فى الشهادة الثانوية العامة غير متكافئة الاوزان إذ ان المجموع الكلى للدرجات هو ٣٧٠ درجة ، نصيب مجموعة مواد الرياضيات منه هو ١٢٠ درجة وهو ما يعادل ثلث المجموع

على اشاعة الطمانينة بين الطلاب واولياء امورهم بالتطبيق السليم لمبدأ تكافؤ الفرص.

يعد أن تزايدت مسئوليات هذا المكتب واعتماد الجامعات عليه كمكتب متخصص اصبح من الضروري ومن المفيد تطوير أعماله لافى الاجراءات والتوسع فى القبول فحسب - بل يحسن ان يشمل التطوير النواحي العلمية التى تتمشى مع التطور العلمى والتعليمى وتهدف فى النهاية الى اختيار ياخذ شكل مركز أو هيئة أو جهاز يختص بكل مايتعلق بقبول الطلاب بالتعليم العالى من النواحي العلمية والفنية والتنظيمية : كدراسة النظم المتبعة فى قبول الطلاب فى الدول المختلفة وتحليل نتائج متابعة الطلاب الذين يقبلون بكل نوعية من نوعيات التعليم ، ومتابعة نظام القبول الجغرافى وتطويره وغير عن ذلك تحويل مكتب تنسيق القبول بالجامعات الى مركز يهتم بالاضافة الى مهامه الحالية بالنواحي العلمية والفنية المشار اليها على أن يكون هذا المركز فى المستقبل جزءا من مركز أعم ويكون مهتما ببحث نظم القبول وتحليل نتائج الامتحانات وتطوير الدراسة الجامعية ككل .

النقص فى العمالة الماهرة

تعتبر الموارد البشرية - إذا أحسن تأهيلها وتدريبها - الثروة القومية الأولى للمجتمع - والوسيلة الأساسية للتنمية الشاملة - ويعتمد الاقتصاد القومى على جهود الفئتين بصفة عامة ، فى تطويره وازدهاره .

وحيث ان المجتمع المصرى المعاصر يعانى من نقص شديد فى

الكلى تقريبا بينما يخص مجموعة مواد العلوم الثلاث ١٢٠ درجة موزعة على النحو التالى :

٥٠ درجة للطبيعة ، ٤٠ درجة للكيمياء ٤٠ درجة للتاريخ الطبيعى والباقي من المجموع الكلى وقدره ١٢٠ مخصص للغات الثلاث (اللغة العربية ، واللغتين الاجنبيتين الاولى والثانية) .

من ذلك يتضح ان الوزن الكبير لمواد الرياضيات يؤثر فى قبول الطلاب بكليات لا تتطلب التفوق فى الرياضيات مثل كليات (الطب البشرى ، طب الاسنان ، الصيدلة ، الطب البيطرى ، الزراعة ، المعهد العالى للتمريض ، المعهد العالى للعلاج الطبيعى) وهى الكليات والمعاهد التى تتطلب تفوقا فى المواد الاساسية بالنسبة للدراسة بها وهى مواد : الطبيعة ، والكيمياء ، والتاريخ الطبيعى .

ولما كان الاخذ بنظام المجموع الكلى للدرجات كأساس لقبول الطلاب بالجامعات يحقق هدفا من أهداف القبول ، وهو أن يكون الطالب ادى بنجاح جميع مواد الثانوية العامة التى تبرز التكوين العام للطالب .

لذلك وتحقيقا لهذا الغرض ولتحقيق تكافؤ الفرص بالنسبة للطلاب الذين يلتحقون بالكليات والمعاهد المشار اليها ينبغى أن يكون وزن كل من مواد الطبيعة والكيمياء والتاريخ الطبيعى متكافئا مع وزن الرياضيات .

لذا يوصى المجلس فى ظل النظام الحالى لامتحان الثانوية العامة بان يكون قبول الطلاب فى الكليات الطبية والزراعية (الطب - طب الاسنان - الصيدلة - الطب البيطرى - الزراعة - المعهد العالى للتمريض - المعهد العالى للعلاج الطبيعى) على اساس المجموع الكلى للدرجات مضافا اليه مجموعات درجات مواد الطبيعة والكيمياء والتاريخ الطبيعى حتى يكون لهذه المواد فى القبول بهذه الكليات وزن فى مواجهة الدرجة الكبيرة لمواد الرياضيات .

أما القبول فى الكليات الاخرى فيظل وفقا للمجموع الكلى للدرجات فقط .

ثانيا : بالنسبة لاسلوب واجراءات التحاق الطلاب بالجامعات فان قبول الطلاب يتم حاليا عن طريق مكتب لتنسيق القبول بالجامعات والمعاهد يمتد نشاطه بالاضافة الى كليات الجامعات ليشمل كافة المعاهد المختلفة حكومية وخاصة - ولقد اصبح هذا المكتب متخصصا وقادرا

وهؤلاء يتم إعدادهم في مراكز التكوين المهني التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة القوى العاملة وأجهزة الحكم المحلي ومراكز التدريب بوزارة الشباب ، والقوات المسلحة وكذلك القطاع الخاص .

والملاحظ عموماً أن جميع هذه المصادر ، تعاني من قصور في إمكاناتها ، وعلى وجه الخصوص في كوادرات التدريب ، والتجهيزات الحديثة ، كما وأن منشأتها تضيق بالمدرسين ، مما يقلل من فاعلية التدريب ، ويؤثر على مستوى مهارة الخريجين ، وإذا كنا نحاول سد العجز في نوعيات العمالة الماهرة فيجب أن لانغفل الاهتمام بمستوى هذه النوعيات ، حتى تكون قادرة على مسايرة التقدم التكنولوجي في جميع مجالات العمل والانتاج .

ثانياً : أسباب النقص في العمالة الماهرة :

- عدم وجود استراتيجية للتنمية الشاملة وطويلة المدى ، ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ثم الى برامج محددة للتعليم والتدريب ويمكن في ضوءها توجيه سياسة التعليم وسياسة التدريب لتوفير العمالة المطلوبة كما وكيفا في الوقت المناسب .

- عدم وجود أسس ومعايير لتقدير الاحتياجات الحقيقية ، لجميع المهن والوظائف بسبب عدم استكمال التوصيف الشامل للأعمال المختلفة وعدم وجود معدلات للأداء .

- قصور إمكانات التدريب الحالية كما ونوعاً بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها في مجال إعداد القوى العاملة الماهرة وعدم مساهمتها للتطورات العلمية الحديثة ، وذلك لأنها محدودة العدد ، وتفتقر الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية للتدريب ، واللازمة لتشجيع العاملين في كوادرات التدريب المختلفة بالحوافز التي ترغبهم في البقاء في عملهم . وقد أدى ذلك الى قصور شديد في عدد المدرسين المؤهلين .

وتوضح الدراسات الإحصائية أن عدد السكان في سن التعليم الإعدادي (من ١٢ - ١٥ سنة) يبلغ حوالي ٣ مليون وأن كان المقيدون منهم بجميع المدارس الإعدادية حوالي ١.٦ مليون أي بنسبة حوالي

العمالة الماهرة في جميع المجالات - وبخاصة في مجالات الانتاج والخدمات الأساسية ، في الوقت الذي يوجد به فائض في بعض التخصصات الأخرى وقد أعد هذا التقرير لعرض جواذب المشكلة مع طرح بعض المقترحات لعلاجها ، والتخفيف من آثارها على الاقتصاد القومي .

أولاً: مصادر العمالة الماهرة :

من المسلم به أن هيكل العمالة في مصر يتشكل من أربعة مستويات هي :

١- المستوى الأول : الاختصاصي

٢- المستوى الثاني : مساعد الاختصاصي أو الفني (التقني) .

٣- المستوى الثالث : العامل الماهر

٤- المستوى الرابع : العامل نصف ماهر والحرفي .

وفيما يلي عرض لمصادر إمداد النوعيات الثلاث الأخيرة من هذه المستويات :

١- مستوى الفنيين أو مساعدي الاختصاصيين :

وهؤلاء يتم إعدادهم في معاهد إعداد الفنيين التابعة لوزارة التعليم وهي نوعان :

الأول : معاهد نظام السنوات الخمس بعد الشهادة الإعدادية .

الثاني : معاهد نظام السنتين ، بعد إتمام الدراسة الثانوية .

كما يتم إعداد البعض من هذا المستوى بالقوات المسلحة في المعهد الفني ومراكز التدريب المهني .

٢- مستوى العمال المهرة :

ويتم إعدادهم في المدارس الثانوية الفنية التابعة لوزارة التعليم ، وكذلك في المدارس المهنية ومراكز التدريب المتخصصة التابعة للوزارات المعنية (وزارة الصناعة - النقل والمواصلات - التعمير والسكان - الصحة - الخ ...) وفي بعض الشركات الصناعية والانتاجية - ومراكز التدريب بالقوات المسلحة .

٣- العمال متوسطي المهارة والحرفيون :

٥٥٪ - وأن عدد السكان في سن التعليم الثانوي (من ١٥ الى ١٨ سنة) يبلغ حوالي ٢.٤ مليون . وعدد المقيدون منهم بالمدارس حوالي ١.٢ ٪ أى بنسبة حوالي ٥٠٪ معنى ذلك أن حوالي ٢.٦ مليون مواطن في الشريحة العمرية (١٢ - ١٨ سنة) يوجدون خارج مرافق التعليم العام والفنى . ومن الواجب أن يتولى قطاع التدريب في الدولة إعداد هذه الفئة الكبيرة لسوق العمل وسد العجز القائم ، مع التركيز في تدريب هذه الفئة على الموجودين بعواصم المحافظات والمدن الكبيرة .

- سياسة القبول في المراحل التعليمية :

تسببت سياسة القبول الحالية في مراحل التعليم المختلفة في تدفق مسار الطلاب الناجحين نحو الالتحاق بمراحل التعليم التالية بحيث لم تبق سوى نسبة محدودة من هؤلاء الطلاب لتغذية مراكز التدريب بالعناصر الصالحة لإعدادهم كعمالة ماهرة .

وتوضح الدراسات الاحصائية أن حوالي ٨٨٪ من عدد الناجحين في المرحلة الاعدادية يلتحقون بالتعليم الثانوي بأنواعه المختلفة وأن حوالي ٧٥٪ من خريجي الثانوية العامة يقبلون في الجامعات والمعاهد العالية ، بينما لا تستوعب معاهد إعداد الفنيين سوى حوالي ٢٠٪ فقط من الناجحين في الثانوية العامة - مما كان له أثره الواضح في عدم التوازن بين سياسة التعليم وهيكل العمالة في مصر

وهكذا يلاحظ أن تدفق مسار الطلاب بين مراحل التعليم ، لا يتلاقى مع متطلبات هيكل العمالة - وليس أدل على ذلك من البيانات الاحصائية الفعلية عن حالة القبول في الجامعات المصرية وفسي معاهد إعداد الفنيين :

| العام الدراسي | عدد المقبولين في الجامعات والمعاهد العالية | عدد المقبولين في معاهد إعداد الفنيين |
|---------------|--|--------------------------------------|
| ٧٧/٧٨ | ٧٦.٦٧٦ | ٢٥.١٧٨ |
| ٧٨/٧٩ | ٨٠.١٣٦ | ٢٤.٨٥٤ |
| ٧٩/٨٠ | ٨٦.٤٧٦ | ٢٩.٩٨٠ |

أى أن القبول في الجامعات والمعاهد العالية يبلغ ثلاثة أمثال القبول في معاهد إعداد الفنيين ، بينما حجم الطلب في هيكل العمالة يحتاج الى العكس تقريبا - حيث أن معدل الطلب على فئة الفنيين ومساعدى

الاخصائيين يقدر عادة بنحو ثلاثة أو أربعة أمثال حجم الطلب على الاخصائيين من خريجى من خريجي الجامعات .

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج وهى التى تضخمت في السنوات الأخيرة ، وقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية إلى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى يحتاجها الاقتصاد المصرى ، مما أدى إلى عجز كبير فيها فى الداخل مع ارتفاع أجورها بشكل طبقى ، ولم تستطع أجهزة التعليم والتدريب التحرك بسرعة لسد هذا العجز .

وتشير الدراسات الاحصائية الى أن حوالي ٤٤٪ فقط من المهاجرين الخارج هم من المدرسين والمهندسين والأطباء والاداريين وأن الباقي وقدره حوالي ٥٦٪ من المهاجرين يتكون من العمالة الحرفية ومن نوى المؤهلات المتوسطة والفنية ، ومعظم هؤلاء المهاجرين من العمال المهرة .

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف مع توطين الصناعات والخدمات فى الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ، ونتج عن ذلك عجز شديد فى العمالة الزراعية الضرورية للريف . وقد شجع ذلك أيضا على ازدياد ظاهرة التسرب فى المرحلة الالزامية من التعليم نتيجة لارتفاع أجور الصبية.

- التزام الدولة بتعيين فائض الخريجين وبصفة خاصة فى محافظاتهم - هذا بالإضافة الى مبدأ مجانية التعليم والى نظرة المجتمع بالنسبة للعمل اليدوى - كل ذلك أدى الى اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية فى أجهزة التعليم ، مما حجب أعدادا كبيرة عن الالتحاق بال تخصصات التى تتطلبها حاجة البلاد من المستويات المهنية والفنية المختلفة .

- سياسات الأجور الحالية وهى التى تتمشى مع المستهدف لرفع الكفاية الانتاجية ، وتتباين هذه الأجور بين الحكومة وشركات القطاع العام وشركات القطاع الخاص من ناحية ، وشركات الانفتاح من ناحية أخرى ، وتتضح هذه المشكلة جليا فى تضخم أجور العمالة الزائدة غير المنتجة ، حيث تشير التقديرات والبيانات المتاحة الى أن العمالة المستخدمة فى القطاعات الخدمية تبلغ حوالي ٤٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ قيمة أجورها حوالي ٥٧.٦٪ من اجمالى الاجور -

- السياحة والفنادق .
 - الغزل والنسيج وصناعة الملابس .
 - السكرتارية .
 - صيانة الأجهزة المنزلية الحديثة (الثلاجات - البوتاجازات - السخانات) وغير ذلك .
 - نجارة الأثاث
 - صناعة الاحذية والجلود
- هذا بخلاف النقص الشديد والمتزايد فى عمال الزراعة
- اقتراحات وتوصيات لمواجهة مشكلة النقص فى العمالة الماهرة :
- فى ضوء ماسبق يتضح أنه لحل مشكلة نقص العمالة الماهرة فى مجالات الانتاج والخدمات الأساسية يجب أن يؤخذ فى الاعتبار :
- (١) تحديد الاحتياجات الفعلية من العمالة الماهرة كما وكيفا وتوقيتا .
- (٢) أسلوب إعداد هذه العمالة ومتطلباتها كما وكيفا .
- على أن يتم ذلك فى ثلاثة اتجاهات متوازنة تبدأ فى وقت واحد .
- اجراءات عاجلة تستهدف البدء فورا فى علاج المشكلة لتخفيف النقص الحاد فى بعض المجالات .
 - خطة متوسطة المدى تستهدف توفير العمالة الماهرة للوفاء باحتياجات الخطة الخمسية ١٩٨٢/٨١ حتى ١٩٨٦/٨٥
 - خطة عمالة طويلة المدى ، مبنية على خطط اقتصادية واجتماعية شاملة حتى عام ٢٠٠٠ .
- وحيث ان الدراسات الشاملة لهذه المشكلة ، سواء لوضع خطة طويلة المدى أو أخرى متوسطة المدى ، تستغرق وقتا غير قصيره ، فان مايعاينه المجتمع المصرى حاليا من نقص شديد فى العمالة يقتضى بالضرورة اتخاذ بعض الخطوات والاجراءات العاجلة التى يمكن أن تسهم فى علاج الموقف .
- وكعلاج سريع للحد من بعض اثار هذه المشكلة على الاقتصاد القومى ، فاننا نوصى بمايأتى :
- فى قطاع التعليم :
- إعادة النظر فى سياسة القبول بمراحل التعليم العام للحد من

أما القطاعات الانتاجية فيبلغ عدد عمالها حوالى ٦٠٪ من مجموع القوى العاملة ، بينما تبلغ أجورهم حوالى ٤٢.٤٪ من اجمالى الأجور

ثالثا : حجم النقص فى العمالة الماهرة :

ان تحديد حجم النقص فى القوى العاملة الماهرة بالدقة الواجبة يستلزم تحليل العمالة المصرية تحليلا واقعيا فى ضوء احتياجات التنمية والخطط الاقتصادية الحالية والمتنظرة فى المستقبل القريب والبعيد .

على أن المؤشرات والاحصائيات المتاحة والدراسات المبدئية لتقدير احتياجات البلاد من القوى العاملة على المستويات المختلفة تفيد أن الاحتياجات من فئة الفنيين تقدر بحوالى ٨٠٠٠ فنى سنويا حتى عام ١٩٨٥ ، فى حين أن متوسط التخرج الحالى من معاهد إعداد الفنيين لايتجاوز ١٨٠٠ فنى سنويا - كما تشير الدراسات الاحصائية الى أن الاحتياجات السنوية لقطاع الصناعة وحده تقدر بحوالى ٦٠.٠٠٠ عامل سنويا فى حين أن عدد خريجي المدارس الثانوية الصناعية يبلغ حوالى ٤٠.٠٠٠ عامل سنويا ، تخدم جميع القطاعات ، بالاضافة الى حوالى ٦٠٠٠ من خريجي مراكز التلمذة الصناعية .

وبالنسبة لقطاع التشييد والبناء فان قوة التخرج الحالية تبلغ ١٠ آلاف عامل سنويا من مختلف التخصصات - بينما العجز فى عام ١٩٨٠ - ١٩٨١ قدر بنحو ١٧٥ ألف عامل كما يقدر متوسط الاحتياجات السنوى على مدى السنوات الخمس المقبلة بحوالى ٦٠ ألف عامل سنويا .

رابعا - مجالات العجز فى العمالة الماهرة:

وتتركز نواحى القصور فى العمالة الماهرة من الناحية الكمية والنوعية ، فى المجالات الآتية :

- أعمال البناء والتشييد (كما جاء اعلاه)
- الاعمال الميكانيكية والكهربائية .
- تشغيل وصيانة الأجهزة والالات الدقيقة .
- النقل والمواصلات .
- استصلاح الاراضى والميكنة الزراعية .
- الصناعات الغذائية .
- التمريض والخدمات الطبية .
- التبريد والتكييف .

القبول في الثانوى العام والنزول به تدريجيا الى حوالى ٢٥٪ من الطلاب الناجحين في الشهادة الاعدادية ، وتوجيه خريجي المدارس الاعدادية الى ثلاثة مسارات أساسية هي

مدارس فنية ، ومدارس نوعية - ومهنية متخصصة تستوعب نحو ٥٠٪ من حملة الشهادة الاعدادية

مراكز التدريب العملى والمهنى التخصصى ، لإعداد العامل الماهر مع التوسع فيها الى أقصى طاقاتها بحيث تستوعب حوالى ٢٥٪ من حملة الشهادة الاعدادية

المدارس الثانوية العامة وتستوعب ال ٢٥٪ الباقية

إدخال نظام التوجيه المهنى والتعليمى اعتبارا من العام الدراسى ٨٢ / ٨٣ فى صفوف المدرسة الاعدادية ، مع الاسراع بتعميم التعليم الأساسى وتوفير الامكانيات والتجهيزات اللازمة له ، وإيجاد صيغة للتعاون بين أجهزة التدريب وهذه المدارس فى الحدود الممكنة الى أن يتم استكمال هذه التجهيزات بالمدارس .

إدخال برامج الثقافة المهنية والمجالات العملية والفنية فى خطة التعليم الثانوى العام لتوجيه فريق من حملة الثانوية العامة الى المعاهد الفنية أو الحياة العملية .

دعم مدارس التعليم الفنى بنوعياته بالامكانيات المادية والبشرية ويقترح فى هذا الشأن الاستفادة من هذه المدارس كوحدات انتاجية ، والاستفادة من رأس المال الدائر فى تطوير إمكانياتها ورفع كفاءتها ، وحفز الطلاب والعاملين بالمدارس على المزيد من العمل والانتاج .

تعاون المؤسسات الانتاجية بمختلف القطاعات ، مع التعليم الفنى فى وضع المناهج وطرق التعليم - وإتاحة فرص التدريب العملى والمصانع والمؤسسات لطلاب التعليم الفنى .

الحد من القبول فى الجامعات والمعاهد العالية والتوسع فى معاهد اعداد الفنيين ، وبرامج التدريب التحويلى ، لسد النقص فى طبقة الفنيين ومساعدى الاختصاصيين ، مع مراعاة : -

إنشاء هذه المعاهد والمراكز فى المحافظات والاقاليم بدلا من التركيز الحالى بالقاهرة وبعض محافظات الوجه البحرى .
اللامركزية والتنوع فى البرامج والخطط بما يتفق والمتطلبات

الاقليمية والمحلية .

توفير الامكانيات اللازمة للتدريبات العملية والفنية بها ، وتوفير القوى البشرية المؤهلة والمتفرغة للنهوض بهذه المعاهد .

فى قطاع التدريب :

- الاستفادة القصوى من مراكز التدريب القائمة لزيادة طاقاتها على التخرج ومدما بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل إيضاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ويمكن الاستفادة مرحليا من مباني المدارس الثانوية الفنية مساء كمراكز للتدريب بعد انتهاء اليوم الدراسى بها .

- توفير كوادر التدريب اللازمة لأجهزة ومراكز التدريب بالمستويات العلمية المناسبة وأن يكونوا من ذوى الخبرة فى تخصصاتهم ومن أكفأ العناصر وعلى خلق سليم باختيارهم من القواعد العريضة العاملة فى مجال تخصصاتهم واعدادهم كمدرسين فى المعاهد المتخصصة مع منحهم الحوافز المادية والأدبية والاستفادة من المعهد الفنى ومراكز التدريب المهنى بالقوات المسلحة فى إعداد المدرسين لسد النقص فى هذه الفئة .

- التوسع فى تقديم برامج رفع مستوى المهارة للعاملين بالمواقع الانتاجية إما بمراكز التدريب أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات على أن تتناسب هذه البرامج واحتياجات التدريب الفعلية للفرد والشركة خاصة وأن حوالى ٨٥٪ من فئة عمال الانتاج غير الحاصلين على أى نوع من التعليم أو التدريب .

- التوسع فى نظام التلمذة الصناعية ، وفى فتح الفصول الملحقة بالمصانع للتعليم والتدريب .

- إنشاء مراكز للتدريب المهنى والحرفى فى جميع عواصم المحافظات والمدن الكبيرة لاحتواء ملايين الناشئة خارج مرافق التعليم (بين سن ١٢- ١٨) على أن يتم تدريبهم على مستويين أساسيين :-

أ- المستوى الأول : الناشئة من سن ١٢- ١٥ (مراكز للتكوين المهنى والحرفى) ويتضمن البرنامج استكمال اساسيات المعرفة ، ومواد الاتصال بالاضافة الى التدريب على الحرف المتنوعة .

- المستوى الثانى : الناشئة من سن ١٥- ١٨ ويتضمن تدريبا تخصصيا فى بعض المهن والحرف التى تعانى عجزا فى العمالة

المتوسطة .

- تعديل قوانين العاملين في الحكومة والقطاع العام بحيث تنص على أنه لا يجوز الترقية إلا بعد اجتياز برنامج تدريبي يؤهل للمستوى الأعلى .

- اعداد برامج التدريب بحيث تقابل احتياجات فعلية من المهارات المطلوبة للأعمال المختلفة وذلك عن طريق تحليل وتوصيف الأعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب .

ويصاحب ذلك وضع مستويات مهارة لكل من مهنة أو حرفة تقاس

باختبارات مهنية قياسية على مستوى الدولة

اقتراحات خاصة بالقوات المسلحة :

- انشاء كتائب الخدمة الوطنية من اللاتقنين للتجنيد ولاتستوعبهم القوات المسلحة (فئة تحت الطلب) - بتشكيل كتائب نوعية من كتائب التشييد والبناء وكتائب استصلاح الأراضي ... الخ وذلك طبقا لقانون التجنيد الذي يسمح بانشاء هذه الكتائب .

- تدريب من لاحرفة له من المجندين غير الاميين أثناء الخدمة العسكرية ، خلال السنة الأولى لتجنيد ، بحيث تستخدم الساعات المخصصة لمحو أمية المجندين الاميين وقدرها ٦٠٠ ساعة في هذا الغرض بالتعاون مع أجهزة الدولة المعنية .

٣- تعتبر السنة الأولى بعد انتهاء الخدمة الإلزامية لهؤلاء المدربين ضمن مدة خدمة الاحتياط ولايسمح لهم بالسفر الى الخارج خلالها - وعلى أن يتم إبلاغ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء ووزارة القوى العاملة بأعداد وبيانات هؤلاء المدربين .

- الاستعانة بمنشآت القوات المسلحة التعليمية والتدريبية في غير أوقات العمل الرسمية في تدريب الافراد المدنيين لاعدادهم كعمالة ماهرة أو فنيين في التخصصات المطلوبة أو رفع مهارتهم .

التوصيات

* ترشيد هجرة العمالة الماهرة بما يكفل تحقيق التوازن بين سد الاحتياجات الداخلية اللازمة للبلاد وسد العجز القائم في مجالاتها المختلفة وبين الاحتياجات الخارجية .

* توفير الاعتمادات المالية لسرعة تنفيذ مشروعات التدريب وتذليل

٤٤٢

عقبات التنفيذ الادارية والمالية وسرعة استخدام القروض والمنح المخصصة لذلك مع سرعة استصدار قانون (الصندوق القومي لتمويل التدريب) الذي أعدته اللجنة المشتركة للقوى العاملة والذي يفرض رسما مقداره ما يوازي ١٪ من إجمالي مرتبات العاملين في كل منشأة يزيد عدد عمالها عن ٥٩ فردا بالاضافة الى بعض المصادر الأخرى وتستخدم هذه الحصيلة بالاضافة الى ماتخصصه الدولة للصرف على مشروعات التدريب واحتياجاته .

* ضرورة البدء في انشاء مركز قومي لبحوث تنمية الثروة البشرية يعمل على تطوير نظم وأساليب التدريب والتشريعات الخاصة ومتابعة وتقييم أنشطة التدريب .

* تدعيم أجهزة التدريب وتخطيط العمالة في المؤسسات المختلفة بحيث تكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى اللازم واعتبار النشاط التدريبي ونتائجه بالوحدات عنصرا من عناصر التقييم السنوي لها .

* قيام وزارة القوى العاملة والتدريب المهني بانشاء سلم للتدريب الفني والمهني - يكون موازيا للسلم التعليمي - ويحدد مستويات المهارة ومتطلباتها ومدة التدريب ومناهجه بحيث يستقبل الناشئة من سن ١٢ سنة وما بعدها ، وعلى أن تحسب مدة التدريب ضمن مرحلة الإلزام .

* وضع ضوابط وشروط محددة لممارسة مختلف المهن والحرف وفي مقدمتها الحصول على ترخيص معتمد من الجهة المختصة ، وعلى أن تلتزم النقابات بعدم السماح بعضويتها لغير الحاصلين على هذا الترخيص .

* التأكيد على أهمية قيام لجان القوى العاملة بالمحافظات بمسؤولياتها في تخطيط وتنفيذ ومتابعة كل ما يتعلق بإعداد العمالة الماهرة والمدرية اللازمة لمختلف الأنشطة بالمحافظة .

وأخيرا يجب أن يلتزم كل قطاع فيما يخصه بتنفيذ التوصيات التي يستقر عليها الرأي على أن تقوم الدولة بتوفير التمويل اللازم - كما يجب تكليف فريق من الخبراء المختصين للبدء في إعداد تفاصيل متطلباتنا من القوى العاملة الماهرة على كل من المدى القريب والمدى البعيد .

الدورة الثالثة ١٩٨٢ - ١٩٨٣

سياسة التدريب الحرفى والمهنى

يقسم هيكل العمالة فى مصر بتراكمات عديدة لأيد عاملة تون المستوى المطلوب لانتاج مثر ، فى وقت تحتاج فيه البلاد الى عمالة ماهرة مدربة لتنفيذ خطط التنمية . ولم تستطع أجهزة التدريب بإمكاناتها الحالية ملاحقة سوق العمل بمتطلباته كما وكيفا فى الوقت المناسب ، وهو أمر نشأ عنه اختلال بين العرض من العمالة المدربة والطلب عليها ، وقد زاد من اتساع هذه الفجوة تيار الهجرة الى الخارج ، والى قطاعات أكثر عائدا فى الداخل مثل شركات الانفتاح ، الأمر الذى أدى الى النقص الحاد فى كثير من المهن الحاكمة خاصة فى القطاع العام والحكومة ، وقد أدى نظام الالتزام بتعيين الخريجين الفائضين عن احتياجات قوة العمل الحقيقية بالحكومة والمحليات الى تضخم العمالة بهما ومعظمهم من نوى المؤهلات العالية ، دون عائد مقابل . وكان نتيجة ذلك تضخم اعتمادات الأجور بالنسبة للقطاعات الخدمية ، فبرغم أن نسبة العاملين فى الأنشطة الاقتصادية للقطاعات الخدمية تبلغ ٤٠٪ من قوة العمل فان أجورهم تقرب من ٦٠٪ من اجمالى

الأجور أما القطاعات الانتاجية فنسبتها حوالى ٦٠٪ بينما أجورها حوالى ٤٠٪ من اجمالى الأجور ومن أهم اسباب ذلك أن كثيرا من الافراد يشغلون وظائف لا تتوافر فيهم شروط الصلاحية لشغلها ، مما أثر على كفاءة الأداء ، ويلاحظ أن الزيادة فى الأجور - كمحاولة من الدولة للحاق بمستوى الاسعار - لم تقابلها زيادة مماثلة فى الانتاجية ، مما يحتم الاهتمام بالتدريب كوسيلة من وسائل رفع الانتاجية كما ونوعا وتوجيه فائض العمالة إلى الاعمال المنتجة .

نقص العمالة الماهرة :

يرجع النقص فى العمالة الماهرة ، كما ونوعا الى عوامل كثيرة تراكمت فى السنوات الأخيرة ، حتى أصبحت مشكلة يعانى منها الاقتصاد القومى ، وأهم العوامل مايتأتى :

- عدم مواصلة مخرجات التعليم والتدريب الحالية لاحتياجات سوق العمل بسبب غياب استراتيجية تنمية شاملة طويلة المدى ينبثق عنها خطط تنفيذية لمشروعات يمكن ترجمتها الى عمالة ، ثم الى برامج محددة للتعليم والتدريب يمكن على ضوئها توجيه سياسة التعليم والتدريب لتوفير العمالة المطلوبة كما وكيفا فى الوقت المناسب.

- قصور امكانات التدريب الحالية بمستوياتها المختلفة عن الوفاء برسالتها فى مجال إعداد القوى العاملة الماهرة ، وعدم مساهمتها للتطورات العلمية الحديثة ، وذلك بسبب قلة عددها وانقارها الى الموارد المالية اللازمة لإعداد التجهيزات الضرورية ، فى كوادرات التدريب المختلفة ، للتدريب ولتشجيع العاملين بالحوافز التى ترغبهم فى البقاء بعملهم وقد أدى ذلك إلى قصور فى عدد المدربين المؤهلين

- ظاهرة الهجرة للعمل بالخارج التى تضخمت من سنوات سابقة ، وقد أدى تزايد الطلب الخارجى على العمالة المصرية الى امتصاص جزء كبير من العمالة المدربة التى تحتاجها البلاد ، مما أدى إلى عجز كبير فيها مع ارتفاع أجورها ، وحلول عمالة منخفضة الانتاجية والجودة محلها ، أو حلول عمالة أجنبية فى حدود ضيقة ، ولم تستطع أجهزة

التدريب أو التعليم التحرك بسرعة لمواجهة هذه الحالة .

- ضعف الاستثمارات الموجهة الى الريف ، مع توطين الصناعات والخدمات في الحضر مما ساعد على جذب العمالة غير المدربة الى المدن ، ونتج عن ذلك عجز شديد في العمالة الزراعية الضرورية للريف .

- نظرة المجتمع للعمل اليدوى أدت الى اندفاع المواطنين الى الدراسات النظرية في أجهزة التعليم ، وحجب أعداد كبيرة عن الالتحاق بالتخصصات من المستويات المهنية التي تتطلبها البلاد .

- قصور الوعي التدريبى فى الوحدات الانتاجية ولدى عامة المواطنين ، وعدم توفر فرص التدريب المستمر والمناسب .

العرض والطلب على العمالة :

برغم أن البيانات المتاحة عن القوى العاملة ليست بالدقة الكافية للاعتماد عليها فى تحديد العرض والطلب على العمالة ، وعلى الاخص الماهرة منها والمدربة ، للسنوات القادمة فانه ترجد بعض المؤشرات التى يمكن الاعتماد بها فى هذا الخصوص .

العرض من القوى العاملة :

بلغ حجم قوة العمل عام ١٩٧٦ نحو ٩.٦ مليون فرد ، وصل الى حوالى ١١.٣ مليون فرد عام ١٩٨٢ ، أى بمعدل زيادة سنوية تقدر بحوالى ٢.٨٪ تقريباً وينتظر أن يزيد هذا المعدل فى السنوات التالية نتيجة عوامل متعددة أهمها : تزايد عدد السكان فى سن العمل ، وزيادة مساهمة الاناث فى النشاط الاقتصادى . والنسبة العامة لاجمالى قوة العمل لاتتعدى ٢٧.٨ ٪ من جملة عدد السكان الكلية (احصائية عام ١٩٧٦) ويعتبر هذا الرقم منخفضاً اذا قورن بالدول المتقدمة ، وذلك بسبب تضخم فئة صغار السن اذ تبلغ نسبة الافراد اقل من ١٢ سنة حوالى ٢٢٪ من اجمالى عدد السكان ويقدر المتوسط السنوى لعدد الافراد الذين يدخلون سوق العمل لأول مرة بحوالى ٥٧٢ ألفاً . وذلك فى الفترة من عام ١٩٧٦ حتى عام ٢٠٠٠ ، من بينهم حوالى ٢٢ الف متخرج فى الجامعات والمعاهد العليا والتعليم الفنى المتوسط .

٤٤٤

هذا وتجدر الاشارة الى أن حوالى ٩٠٪ من عمال الانتاج الذين يعتبرون العصب الرئيسى العملية الانتاجية لم يحصلوا على أى تدريب نظامى بمفهومه العلمى ، ولايوجد تقدير دقيق للعمالة المهاجرة الى الخارج ولاتحديد لتوعياتها ، وهى فى الغالب من العمالة الماهرة المدربة . وتقدر وزارة القوى العاملة الطاقات التدريبية بقطاعات الدولة المختلفة فى تقرير لها بحوالى ١٠٠ الف متدرب سنويا ، ولايستغل من هذه الطاقات سوى حوالى ٦٥٪ ، ويمكن استغلالها بالكامل بزيادة وريديات وامكانات التدريب وعدد المدربين المؤهلين ، والتوسع فى التدريب المستمر والتدريب التحويلى .

الطلب على القوى العاملة :

الطلب على العمالة المدربة نو شقين : طلب محلى وطلب خارجى أما الطلب المحلى فانه يتمثل فى مجموع طلبات الوحدات الانتاجية والخدمية القائمة والمتوقعة خلال السنوات القادمة ، وقد يصعب ايجاد تحديد دقيق لأعداد ومستويات وتخصصات العمالة اللازمة لكل قطاع ، اذا لم تحدد بوضوح الاستثمارات المستقبلية لدراسة مايقابلها من عمالة . وبناء على تقرير عن التعليم الفنى والعمالة (ابريل ١٩٨٠) فان تقدير احتياجات البلاد من القوى العاملة ، على المستويات المختلفة ، حتى عام ٢٠٠٠ يزيد على العشرين مليوناً منها حوالى ١٢٪ لقطاع الصناعة و٤٣٪ لقطاع الزراعة ، و٤٥٪ لقطاعات الخدمات الاساسية وبالنسبة للطلب الخارجى ، فيلزم دراسة حاجة الاسواق الخارجية من العمالة المصرية الماهرة فى السنوات القادمة والاهتمام بالتنسيق بين حاجة هذه الاسواق وطلبات السوق المحلى .

مكونات التدريب :

- أماكن التدريب وتشمل مايلي :

. اختيار مرافق أجهزة التدريب على ضوء الاحتياجات المستقبلية والهدف من التدريب، فمن الضروري أن تتوفر أجهزة التدريب وسط التجمعات الاقتصادية والخدمية التى تحتاج للتدريب ، وقد يكون من بين

الأهداف أيضا خلق التجمع المهني والكوادر المهنية في المجتمعات الزراعية لمواجهة ميكنة الزراعة وكهربية الريف ، مما يشجع على اقامة مجتمعات صناعية جديدة حيث تتوافر القوى العاملة المدربة ، الامر الذي يشجع على انتشار التصنيع في مختلف انحاء البلاد .

تحديد حجم جهاز التدريب على ضوء الاحتياجات والاهداف وتطور السكان وتزايدهم ، وخطط التنمية الاقليمية .

* مكونات جهاز التدريب من مهن وتخصصات وأنشطة على ضوء الاحتياجات والاهداف ، وهناك مهن اساسية يجب توفرها في كل مجتمع تدريبي ، يضاف اليها التخصصات والأنشطة التي يتميز بها الاقليم ، أو التي يمكن أن تنشأ عليها صناعة مستقبلا .

تجهيزات التجميع التدريبي : على ضوء انواع المهن ومستوى التدريب المطلوب والنشاط الصناعي والاقتصادي القائم او المنتظر قيامه ، ونوعية الاجهزة والمعدات الواجب توافرها ومساعدات التدريب ، ووسائل الايضاح ، فانه يلزم توفير الاجهزة الحديثة لتدريب العمالة الفنية والماهرة .

وتوجد حاليا قاعدة عريضة من مراكز التدريب المختلفة الهدف والمستوى ، يساعد على نموها مايتوفر لها من مساعدات ومعونات مالية من المنظمات الدولية أو عن طريق الاتفاقات الثنائية التي تمول تجديد معدات هذه المراكز أو انشاء الجديد منها . وفي بعض القطاعات ، مثل التشييد والبناء والصناعة ، وتوجد دراسات تحدد احتياجاتها من المهن الاساسية ، وقد وضعت هذه القطاعات تصوراتها عن خطط التدريب للسنوات القادمة وزودت بعض اجهزتها بالمعدات الحديثة نتيجة لخبرتها في هذا المجال ، وتبادل التعاون الفني مع أجهزة التدريب الدولية ، ولاشك أن توفر الاحتياجات على نطاق أوسع ، يدعم النشاط التدريبي بالاعداد المناسبة في الزمان والمكان المناسبين .

ولما كانت تكلفة الانشاء تتزايد سنة بعد أخرى بنسبة لا تقل عن ٨٪ ، فان الاسراع بانشاء مجتمعات التدريب أمر تفرضه الضرورة ويحقق

استثمارا اكيدا ويوفر من تكاليف الانشاء التي تتزايد عاما بعد عام .

اجهزة التدريب على مستوى الوحدة الاقتصادية : يعتبر جهاز التدريب بالوحدة الاقتصادية الحلقة الاولى الاساسية في سلسلة اجهزة التدريب وأنشطته ، فهو المسئول عن : تخطيط القوى العاملة على مستوى الوحدة ، وتحديد احتياجاتها من العمالة الجديدة ، ونوعياتها ومستوياتها الفنية ، وإعداد وتدريب هذه العمالة الجديدة أو اللازمة للحل أو لمواجهة التوسعات أو التطور في المنتجات كما يهتم ايضا بتحليل قدرات العمالة الحالية ومقارنتها بما يجب ان يتوافر فيها من مهارات لتواجه متطلبات العمل الحالي وتطورات المستقبل ، وتحديد ما يحتاجه من برامج تدريب لاستكمال النقص في العمالة أو رفع مستواها وبهذا المفهوم يقع على عاتق هذه الاجهزة مسؤولية تحديد الاحتياجات التدريبية التي تخدم بدورها أجهزة التخطيط على المستوى القطاعي وعلى المستوى القومي ولذلك يلعب مستوى هذه الاجهزة - من حيث افرادها وامكانياتها التدريبية - دورا كبيرا في نجاح وتحقيق اهداف التدريب ، سواء من حيث التخطيط أو التنفيذ .

كوادر التدريب :

يقصد بكوادر التدريب ، العاملون بأجهزة التدريب من المستويات المتعددة التي تشمل مدير التدريب ومسئول التدريب والمدرّب ، وتوفير هذه الكوادر بالمستوى والعدد اللازم عنصر اساسي لنجاح النشاط التدريبي . ورغم مرور أكثر من ربع قرن على انشاء أجهزة مركزية للتدريب ، وإيفاد الكثير من العاملين فيها للتدريب بالخارج والداخل وصدر العديد من القرارات الجمهورية والوزارية المعنية بالتدريب وأجهزته وأفرادها ، الا أن هذه الكوادر لم تأخذ نصيبها من الاهتمام من ناحية اختيارها وإعدادها ووضعها في المستوى الوظيفي المناسب ، وتحديد مسؤولياتها وسلطاتها والحوافز المناسبة لها ، الامر الذي أدى الى عجز كبير في المستوى الممتاز من هذه الكوادر ، وقد تضاعفت عوامل عديدة أدت الى تفريغ أجهزة التدريب من كوادرها الممتازة ، كما

أدت في نفس الوقت الى إحجام الكفاءات عن الاتجاه الى مهنة التدريب والى انخفاض مستوى الكوادر التدريبية . وفيما يلي تعريف بكوادر التدريب المختلفة :

مدير التدريب :

يشرف على ادارة جهاز التدريب وتخطيط ومتابعة وتنفيذ نشاطه وهو المسئول اساسا عن تخطيط القوى العاملة على مستوى المنشأة ، ومواجهة تلبية احتياجاتها ، نظرا لأهمية هذه الوظيفة في توفير عوامل النجاح والتوجيه السليم لنشاط التدريب ، فانه يجب توفر صفات ومقومات أساسية في شاغلها ، منها :

- اختياره من بين العناصر الممتازة من نوى الخبرة السابقة بأنشطة التدريب وممارستها .

- اجتيازه برامج التدريب المناسبة .

- ان تكون له الخلفية العلمية المناسبة ، والقدرة على التطوير والابتكار .

- وعيه الكامل بمسئوليات التدريب وواجباته .

ومن الافضل أن يكون مدير التدريب متفرغا لهذه المهمة ، كما يفضل أن يكون قد تدرج في وظائف جهاز التدريب ومارس مسئولياته المختلفة ، ويجب اعداد هذا المدير من خلال دورات تدريبية للوقوف على أمثلة عملية لادارة الجهاز ، والتعرف على الاساليب المتطورة لوضع سياسة التدريب وخططه على مستوى الوحدة ومتابعتها وتقييمها .

مسئول التدريب:

وهو العنصر الفني في جهاز التدريب من المتخصصين والمسئول المباشر عن التدريب لقطاع معين في الوحدة الانتاجية ، أو المسئول المباشر عن فرع محدد من انواع التدريب : مهني - اشرافي - تخصصي . ويجب توافر هذا المستوى من الكوادر لتخصص افراده في مجال التدريب الذي يعد له .

ويجب أن تتوافر في هذه الفئة من العاملين في مجال التدريب

صفات خاصة منها :

- التأهيل العلمي المناسب مع الخبرة العملية الطويلة .

- الإعداد السليم عن طريق التدريب المتنوع والتطبيقات في مجالات

مسئوليته .

- القدرة على التطور العلمي والفني .

ويجب ان يتاح لمسئول التدريب الفرصة والوقت الكافيان للانتظام

في برامج التدريب المناسبة وتطبيقها ، وأن توفر له الامكانيات المناسبة

اللازمة لنجاحه .

المدرّب :

وهو عصب جهاز التدريب والمنفذ الأساسي لجميع برامج التدريب

ولذلك يجب ان تتوافر فيه مواصفات أساسية أهمها مايلي :

- أن يكون على مستوى علمي مناسب لتخصصه .

- أن يكون قدوة حسنة متميزا باخلاق عالية ، وذا شخصية قوية

وطبع هادئ .

- ان يتم تدريبه على طرق التدريب العملي والتوجيه ، مع القدرة على

نقل المعلومات وتوضيحها .

- أن يكون قادرا على تفهم مشكلات الشباب .

وقد بدأت خطوات إعداد هذا المدرب عندما بدأت وزارة الصناعة في

ادخال نظام التلمذة الصناعية الذي مر بثلاث مراحل وهي :

المرحلة الاولى : لجأت فيها وزارة الصناعة الى اختيار عناصر

ممتازة من العمال المهرة الحاصلين على مؤهلات فنية ثانوية ، العاملين

في الصناعة في مقابل اجور أعلى وتنظيم دورات تدريبية لهم لمدة ثلاثة

أشهر لاعاداهم كمدرّبين ، مع توفير برامج تدريبية متتالية لرفع

مستواهم ولتفريتهم ، كل ثلاث سنوات .

المرحلة الثانية : بدأت بعد انشاء معهد إعداد المدربين بالمطرية حيث

يلحق به المختارون من العاملين في الصناعة ومن ذوى المؤهلات الفنية

لمدة عام كامل ، مع توفير برامج للترقى ورفع مستوى مهارتهم دوريا .

المرحلة الثالثة : بدأت بعد الغاء التعيين بالمكافآت الشاملة وخضوع مراكز التدريب لنظام التعيين من فائض الخريجين ، ثم الحاقهم بمعهد اعداد المدربين لمدة عام يعملون بعده مع احد المدربين القدامى . ومازال هؤلاء الافراد تتقصصهم المهارة العملية والدراية التطبيقية فى مجال العمل نفسه .

وقد بدأت وزارة التربية والتعليم فى انشاء معاهد المدربين مدتها خمس سنوات بعد الاعدادية ، تخرج فيها أول دفعة عام ١٩٨٠ ، لم يمارس افرادها تخصصاتهم فى المجال التطبيقى . كما انشأت وزارة التعمير ثلاثة معاهد لاعداد المدربين اللازمين لمراكز التدريب فى حرف التشييد والبناء يختار طلابها من الحاصلين على الثانوية الصناعية اساسا ، ثم يتم إعدادهم فى دورات تدريبية ، وبالاسلوب نفسه بدأت وزارة الشئون الاجتماعية فى انشاء معهد لإعداد المدربين خاص بالمهن التى تزاولها . وفى جميع هذه الجهات اتاحت فرص كثيرة للمدربين للالتحاق بمنح تدريب فى الدول الاجنبية معظمها خاص بطرق واساليب التدريب ، وقد لوحظ ان المدربين الحاصلين على مؤهلات فنية متوسطة ، ولهم خبرة فى مجال تخصصهم ، والذين انتظموا فى برامج تدريب تربوية وعلمية ، هم انجح الفئات ، وهم أيضا العناصر التى تجتذبها الجهات الخارجية بمفریات كثيرة وفى الوحدات الاقتصادية الانتاجية لم يأخذ إعداد المدرب فى كثير من المجالات العناية اللازمة ، حيث ينقصه التدريب على اساليب ونظم وفنون التدريب ، والتربية وعلم النفس.

كواادر اخرى للانشطة التدريبية :

توجد بعض المهام والمسئوليات ، الى جانب هذه المستويات الرئيسيه للتدريب يلزم لها متخصصون ، فى الشركات الكبيرة والصناعات المتقدمة ، وأجهزة التدريب المركزية ، يجب توفرهم بالمستوى المناسب مع الخبرة العملية والتطبيقية ، ومن هؤلاء :

- اخصائى تحليل العمل : وهو المسئول عن اعداد توصيف فنى للعمل وللقيام به ووضع مستويات المهارة فى المهن المختلفة ، ووضع

اختبارات تحديد هذه المستويات .

- اخصائى تصميم برامج التدريب : وهو المسئول - وبخاصة فى الوحدات الكبيرة والصناعات المتقدمة وأجهزة التدريب المركزية - عن تصميم برامج التدريب المناسبة لكل فرد فى الوحدة الانتاجية من واقع قدرات الفرد واحتياجات العمل .

- اخصائى التوجيه والاختيار المهنى : ومهمته استكشاف امكانيات الفرد وقدراته لتوجيهه الى مايناسبه ، واختيار العناصر لتدريبها واعدادها ، توفير الوقت والجهد المبذولين فى التدريب.

المتدربون :

وهم أحد المكونات الاساسية للتدريب ، فقد أعد التدريب من أجلهم ويتوقف نجاحه على حسن إعدادهم ، وفى هذا الخصوص تبرز عدة عوامل ذات أثر كبير على التدريب ونتائجه ، وهى :

- اختيار المتدرب : على ضوء مايسفر عنه تحليل امكانيات الفرد ومعلوماته وتحديد عوامل النقص فيها ، تمهيدا لتحديد برامج التدريب المناسبة له.

- استعداد المتدرب : يجب العمل على توعية المتدرب ببرنامج التدريب وأهدافه ومكوناته وعلاقته بعمله ومستقبله وفائدته بالنسبة له حتى يصبح مستعدا لتفهم مايتضمنه من معلومات ومهارات .

- حوافز المتدربين : تبدى كثير من الجهات استعدادها لمنح حوافز مادية للمتدربين طوال مدة التدريب ، بهدف جذب الأفراد للتدريب وتشجيعهم على الاقبال عليه .

- مدى توفر المتدربين : يجب الا يقل عدد المتدربين من الوجهة الاقتصادية عن عدد معين بالنسبة لكل برنامج ، ومن جهة أخرى فان توفير امكانيات مراكز التدريب ، يجب أن تستند ، عند انشائها ، على مدى توفر المتدربين فى امكانها - بجانب عوامل اخرى كثيرة - وعلى اتجاهات توجيه هؤلاء المتدربين فى المهن المناسبة وفق خطط التنمية والمشروعات الجديدة ، ومع ذلك فان تقرير حوافز للمتدربين يعتبر من

العوامل الهامة في تشجيع الاقبال على التدريب

نظم وبرامج التدريب :

من أهم مكونات التدريب نظمه الملائمة لتحقيق أهدافه ومايستتبع ذلك من تخطيط البرامج المناسبة ، وتختلف هذه النظم باختلاف المستوى المطلوب الوصول اليه بالتدريب ، كما تختلف مدة التدريب باختلاف المهنة والهدف . ومن النظم المتبعة في مصر :

- نظام التلمذة الصناعية الحديثة (ثلاث سنوات بعد الاعدادية) المطبق في وزارة الصناعة والمصانع الحربية ومراكز التدريب ببعض الشركات الصناعية لإعداد عمال مهرة في المجالات التي تحتاجها .

- نظام التدريب السريع والتكوين المهني : الذي يعتمد على البرامج القصيرة لإعداد عمال متوسطي المهارة في أعمال معينة ، معظمها حرفي ، وبعضها مهني مما يحتاجه سوق العمل .

- نظام رفع مستوى المهارة لرفع مهارة العاملين في مجال تخصصاتهم الاصلية ، وهي برامج خاصة لسد حاجة معينة أو لتطوير مهارة العامل طبقا للتطورات الحديثة في مجالات عمله.

- وقد ادخل اخيرا نظام جديد للتدريب أطلق عليه التدريب المتدرج أو التدريب بالقوالب ، كما يوجد أيضا نظام التدريب التحويلي بهدف اكساب العامل مهارة جديدة يحتاجها السوق تخالف حرفته الاصلية . تهدف كل هذه النظم الى تطبيق الاسلوب المناسب للهدف من التدريب في المدة المناسبة وباقتصاديات مناسبة . ومحتويات التدريب المختلفة - مهما تباينت مسمياتها من البرامج ومكوناتها واسلوب تقديمها ، لها ابلغ الاثر في نجاح اهداف البرنامج وتوصيل المعلومات والمهارات المطلوبة الى المتدرب بأسرع وأبسط اسلوب ولذلك لا يكفي أن يتوفر النظام المناسب أو المركز المجهز أو المدرب الكفء ، بل يجب أيضا ان يتوفر البرنامج المحقق للاغراض بالمستوى المناسب للمتدرب والمستوى التدريب المطلوب الوصول اليه . ويعتمد هذا أساسا على تحليل الاعمال ووضع مواصفات للتدريب لكل حرفة أو مهنة ولكل مستوى أيضا ، وتشمل هذه

المواصفات الاعمال التي يجب ان يتقنها المتدرب وتلك التي يجب ان يتعلمها ، والمواد العلمية التي يجب ان يتلقاها والمهارات التي يجب أن يزاوها ، ومدة التدريب في كل مهارة والمكان المناسب لذلك ، سواء كان في مركز التدريب أو في مكان العمل .

بحوث التدريب :

التدريب علم يحتاج الى بحوث لتطويره ، واستنباط أفضل البرامج والاساليب ، بما يتفق وواقعنا وتحديد مستويات المهارة المختلفة ووضع الاختبارات المعترف بها والمقننة لتحديد هذه المستويات والتعامل على اساسها على المستوى القومي ، والبحث عن مجالات جديدة للتدريب وعن نظم متطورة تلائم احتياجاتنا ، كما تهتم هذه البحوث بدراسات لتقييم نتائج التدريب وقياس العائد منه ، ومدى مناسبة النظم المختلفة للمهن والمجالات والمستويات المتنوعة ، والعمل على تطويرها حسبما تظهره هذه الدراسات . لهذا فان انشاء وحدات لبحوث التدريب أمر جدير بالدراسة والتنفيذ .

تمويل التدريب :

يشكل التدريب المهني والفني - برغم اهدافه الاستثمارية - عبئا ماليا قد يثقل كاهل ميزانية الدولة اذا تحملته بمفردها ، ويظهر ذلك واضحا من تأخر تنفيذ خطط ومشروعات التدريب في القطاعات المختلفة برغم الحاجة الملحة اليها ولذلك ينبغي أن تسهم في تحمله القطاعات الانتاجية والخدمية المستفيدة منه أسوة بما اتبعته كثير من الدول المتقدمة والنامية ، بنسب وأساليب مختلفة . وقد سبق أن أعد في مصر ، أخذا بهذا الاتجاه مشروع قانون بإنشاء صندوق قومي لتمويل التدريب والتعليم التقني والزام الجهات المستفيدة والمعنية بالتدريب ، بالاسهام في تمويله بنسب من الاستخدامات الاستثمارية وأجور العاملين واربايحهم ونسبة من مرتب السنة الاولى من كل مواطن يتعاقد للعمل في الخارج أو العمل باحدى الهيئات الاجنبية في الداخل . وتقدر جملة الحصيلة مبدئيا حسب متوسطات عام ١٩٨٠ بحوالى خمسين

مليوناً من الجنيهات ، ولم يصدر هذا القانون حتى الآن .

تخطيط التدريب على المستوى القومى :

إمكان وضع سياسة سليمة - لتخطيط التدريب على المستوى القومى - تكون لها فاعليتها لسنوات قادمة ، ينبغى عرض أهم التشريعات التى صدرت خلال نحو ربع قرن وتناولت التدريب تنظيماً وتخطيطاً وتنفيذاً وتمويلاً ، وفيما يلى أهم هذه التشريعات :

- القانون رقم ١١ ٨ لسنة ١٩٦٤ بإنشاء الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة : نص على أن يقوم الجهاز بالإشراف على الأجهزة المركزية لتدريب العاملين ، وتنظيم الدورات التدريبية العامة ، والاشتراك فى وضع برامج البعثات للعاملين .

- القرار رقم ١٠٨٥ لسنة ١٩٦٤ : حدد اختصاصات الإدارات المركزية بالجهاز المركزى للتنظيم والإدارة ، وأهمها : رسم سياسة وخطط تدريب العاملين فى الدولة وتنسيقها ، بغرض رفع مستوى كفاءتهم ، ووضع معايير للتقويم والتأهيل ، لقياس الحاجة الى تدريب العاملين فى مختلف الأجهزة ، والاشتراك فى وضع برامج التدريب بكل منها ، وتحديد احتياجات تدريب العاملين بها وتوفير وسائله ومتابعة البحوث والتطورات الحديثة فى التدريب لزيادة كفاءة العاملين ، والاتصال بالهيئات العلمية المحلية والدولية للفادة من تجاربها وخبراتها .

- قرار رئيس الجمهورية رقم ٩٠٩ لسنة ١٩٧٦ بإنشاء الجهاز المركزى للتدريب : نص على أن يكون هذا الجهاز هيئة مستقلة تتبع رئيس الوزراء . ويختص برسم سياسة وخطط تدريب العاملين على اختلاف مستوياتها ، وتنسيقها بغرض رفع الكفاءة الانتاجية ومسايرة التطور التكنولوجى ، وتحديد مستويات المهارة والقدرات فى كافة المهن داخل هيكل العمالة ، والاشتراك مع وزارة التخطيط وسائر الجهات المعنية فى تقدير احتياجات التدريب كما ونوعاً طبقاً لحاجة العمل ومطالب التنمية ، والاشتراك مع الجهات المعنية فى تطوير نظم واساليب

وطرق التدريب والعمل على دعم امكانيات ووسائل ومقومات التدريب ورسم خطته وتوفيرهيات التدريب والمدربين ، وتطوير قدراتهم التربوية والفنية ، ودراسة مؤشرات الكفاية الانتاجية للكشف عن المعوقات التى يمكن أن يسهم التدريب فى علاجها ، وإعداد تمويله ، واقتراح مصادر التمويل المختلفة والاشتراك مع الجهات المعنية فى الدراسات المرتبطة بترشيد الحوافز ، وسياسة الاجور وربطها بالانتاج .

- قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٥٧ لسنة ١٩٧٢ بمسؤوليات وتنظيم وزارة القوى العاملة والتدريب : ينص على قيام الوزارة باقتراح مشروعات الخطط القومية للتدريب المهنى اللازمة لتطوير هيكل القوى العاملة تحقيقاً لمتطلبات خطط التنمية ، وعلى تقديم المساعدات لأجهزة التدريب ومراكزه ووحداته فى مجالات : قياس المهارات وتصميم البرامج النمطية وإعداد مشروعات خطط تمويل التدريب ومصادره ، ومتابعة تقييم برامج التدريب المهنى والمدربين للتأكد من وضعهم فى المكان الملائم ، واقتراح الوسائل اللازمة لرفع كفاءة وفاعلية التدريب .

- قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٦ لسنة ١٩٧٢ بشأن تنظيم واختصاصات المجلس الاعلى للتدريب : نص على أن يقوم هذا المجلس برسم السياسة القومية للتوجيه والتدريب والتوعية الفنية والمهنية لفئات القوى العاملة على اختلاف مستوياتها ، بغرض رفع الكفاءة الانتاجية ومسايرة التطور التكنولوجى والوفاء بمتطلبات التنمية فى شتى مجالات الانتاج والخدمات ، وتنسيق الاساليب التى تتبعها مختلف الجهات لتحديد مستويات المهارة والقدرات فى كافة المهن ، والتنسيق بين الجهات المعنية فى وضع خطط وبرامج التدريب وتطوير نظم واساليبه ورسم خطة لتوفير مستلزمات التدريب داخل قطاعات العمل والتنسيق بين مخصصات التدريب ومتطلبات الاستثمار والانتاج والتنمية ، ومتابعة البحوث والتطورات الحديثة فى مجالات التدريب ، ورسم خطط تمويله بالاشتراك مع الجهات المعنية ، واقتراح مصادر التمويل المختلفة .

- قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٨٨ لسنة ١٩٧٤ بإنشاء وحدات

* التنسيق بين الجهات المعنية بالقوى البشرية تخطيطا وتنمية ، بما يكفل الاستفادة المثلى من الطاقات المتاحة .

* متابعة وتقييم سياسات وخطط تنمية القوى البشرية ، ومشروعات وبرامج التعليم الفنى والتقنى ، والتدريب الادارى والمهنى .

* نشر الوعى التدريبى بما يحقق الاستجابة الواعية لمتطلبات التدريب على كافة المستويات ، وبما يمكن من اعداد القادة الاداريين .

* وضع اسس تمويل خطط تنمية القوى البشرية ومشروعات وبرامج التدريب .

* دراسة موقف العرض والطلب على العمالة المدربة فى مختلف قطاعات الدولة وفى القطاعين : العام والخاص ، واقتراح الاجراءات والسياسات للتنسيق بين الطلب على العمالة وبين الاحتياجات المحلية ، وذلك بالتعاون مع الجهات المعنية .

* دراسة الاجراءات اللازمة لمتابعة مستوى التكنولوجيا الخارجية لتطبيقه، واقتراح مايلزم لاختيار واستيراد وتطوير تلك التكنولوجيا ، بما يحقق الاستخدام الامثل للقوى البشرية ، ورفع مستوى الانتاج الزراعى والصناعى والحرفى والتجارى فى القطاعين : العام والخاص .

وبالرغم من تعدد التشريعات المنظمة للتدريب ، فانها لم تحقق الاهداف التى صدرت من أجلها ، فمازال هناك عجز شديد فى العمالة الماهرة فى كثير من مجالات العمل ، كما يتضح عدم وجود تنسيق فى تنفيذ خطط التدريب بالقطاعات المختلفة وعلى المستوى القومى

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة والمناقشات التى دارت حولها والآراء التى ابدت بشأنها ، يوصى بمايلى :

* إصدار تشريع متكامل للثروة البشرية ، إعدادا وتنمية وتدريباً ، على المستوى القومى يتضمن بصفة خاصة - مايلي :

- تنظيم التلمذة الصناعية بما يحقق دعم تدريب الصبية المتسربين من التعليم الاساسى ، والعمل على تنشئتهم تنشئة مهنية ترتبط باحتياجات البيئة والمجتمع .

التدريب فى مختلف الجهات : لتحديد وتصنيف الاحتياجات التدريبية لجميع العاملين بالجهة ، وتحديد الامكانيات التدريبية ووضع خطط التدريب ، والاشتراك مع المتخصصين فى وضع البرامج التدريبية ، واجراء البحوث والاحصاءات والدراسات فى مجالات التدريب ، ونشر الوعى التدريبى بين العاملين عن طريق البرامج والندوات ، ووضع قواعد متابعة وتقييم وتطوير التدريب لسير نشاط الوحدة بالكفاءة المطلوبة .

- قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٥ لسنة ١٩٧٦ بإنشاء مجلس أعلى للقوى العاملة والتدريب : نص على أن يقوم هذا المجلس بوضع السياسة القومية للقوى العاملة والتدريب بما يحقق الاستخدام الارشد للموارد البشرية ، وعلى انشاء لجنة مشتركة لتخطيط القوى العاملة والتدريب برئاسة وزير القوى العاملة والتدريب المهنى ، لتقوم بحصر وتحليل بيانات القوى العاملة الحالية والمتوقعة وتقدير الطلب عليها وحصر امكانيات المنشآت التعليمية والتدريبية داخل العمل ، والتخطيط لامداد مشروعات التعليم والتدريب بكافة ماينقصها ، وتطوير طرق واساليب إعداد النشء والراشدين ، والقيام بالبحوث اللازمة فى مجالات تخطيط القوى العاملة والتدريب وتقييم احصاءات الموارد البشرية والقوى العاملة والاستخدام والبطالة والعمالة بالخارج والهجرة واقتراحات تطويرها .

وقد نص هذا القرار على الغاء قرار رئيس الجمهورية رقم ٧٩٦ لسنة ١٩٧٢ بشأن تشكيل واختصاصات المجلس الاعلى للتدريب .

- واخيرا صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥٩ لسنة ١٩٨٢ بإنشاء مجلس أعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب : نص على أن يختص هذا المجلس برسم السياسة القومية لتخطيط وتنمية القوى البشرية ووضع برنامج قومى شامل لتنميتها واستخدامها الاستخدام الأمثل بمايحقق :

* الربط بين احتياجات خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية وامكانيات التعليم الفنى والتقنى والتدريب المهنى والادارى .

* الاستخدام الارشد للقوى البشرية ، ورفع كفاءتها الانتاجية فنيا ومهنيا واداريا .

– نظاما مرنا وشاملا لحوافز التدريب المادية والادبية .

– أن يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه ، وفقا لللائحة تنفيذية خاصة تتفق مع ظروفه واحتياجاته .

* انشاء الصندوق القومى لتمويل التدريب ، على أن تساهم فيه الوحدات الانتاجية المختلفة واستخدام القروض والمنح المتاحة والنظر فى فرض رسوم على مواقع الانتاج بالقطاعات المختلفة التى لاتقوم بتدريب الصبية أو لاتقوم باى نشاط تدريبي آخر وتوجيه حصيلة هذه الرسوم الى ايرادات الصندوق المقترح انشاؤه ليتولى هذه المهمة التدريبية علاوة على ما توفره الدولة فى ميزانيتها السنوية من الاعتمادات المالية اللازمة لتنفيذ برامج التدريب وسد احتياجاتها فى القطاعات التى تعاني عجزا فى تمويل منشأتها التدريبية .

* تعديل قوانين العاملين فى الحكومة والقطاع العام بحيث تنص على عدم جواز الترقية بالنسبة لشغل الوظائف الحرفية الا بعد اجتياز برامج تدريبية تؤهل العامل للترقية الى المستوى الاعلى

* انشاء بنك للمعلومات ، لتوفير المعلومات الفنية والبرامج واساليب التدريب المختلفة والاحصاءات المتعلقة بالقوى البشرية ، سواء بالسوق المحلية أو بالسوق الخارجية ، من حيث الاحتياجات منها بمستوياتها المطلوبة ، مع العمل على تنظيم اختزان هذه المعلومات وتطويرها وتصميمها باستخدام التقنيات الحديثة لسرعة توفير المعلومات ودقتها .

* توفير البيانات اللازمة لمجالات العمالة المختلفة للكشف عن النقص فى مستويات العمالة المدربة فى الناحيتين : الكمية والنوعية . ويتطلب ذلك بالضرورة توصيف الوظائف والمهن والأعمال المختلفة فى مستويات العمالة وتحديد معدلات الاداء لكل حرفة أو مهنة .

* توفير البيانات اللازمة للمعاهد والمراكز التى تقوم بإعداد العمالة المدربة ومقارنة الاحتياجات الفعلية من هذه العمالة – اللازمة لمصر أولا ، وللبلاذ العربية والافريقية ثانيا – بقدرات هذه المعاهد والمراكز على التخريج ، مع ترتيب الأولويات والاحتياجات فى مجالات : الصناعة

والزراعة والتشييد والخدمات وغيرها .

* تطوير وتعميم التوصيف الموحد للمهن داخل القطاعات المختلفة ، الذى يحدد مستويات المهارة المهنية والادارية المتعددة ، وتوحيد المسعيات لتوحيد المفاهيم والمذلولات عند اجراء الاحصاءات أو تقدير احتياجات التدريب على المستوى القومى أو المستوى الخارجى ، على أن تقوم وزارة القوى العاملة والتدريب بالتنسيق بين القطاعات فى هذا المجال ومتابعة التزامها بهذا التوصيف .

* وضع ضوابط وشروط محددة لممارسة المهن والحرف ، وفى مقدمتها الحصول على ترخيص معتمد من الجهة المختصة ، مع ضرورة التزام النقابات بعدم السماح بعضويتها لغير الحاصلين على ترخيص بمزاولة المهنة ، ووضع الاسس اللازمة لاعتبار النشاط التدريبي عنصرا من عناصر التقييم السنوى لكافة الوحدات .

* تدعيم اجهزة تخطيط العمالة فى الوحدات المختلفة بحيث تكون قادرة على رسم سياسات التدريب وتوفير احتياجاته بالمستوى الملانم ، مع اشراك النقابات العامة فى عملية التخطيط والمتابعة والتصميم للبرامج التدريبية .

* الاستفادة القصوى من مراكز التدريب القائمة لزيادة طاقاتها على التخريج ، بعد مدها بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل ايشاح ومعامل حسب التخصصات المطلوبة ، مع الاستفادة مرحليا من مباني المدارس الثانوية الفنية وامكاناتها فى الفترة المسائية بعد انتهاء اليوم الدراسى، واستعمالها كمراكز للتدريب .

* استكمال مراكز التدريب المطلوبة للقطاعات المختلفة ، مع انشاء مراكز تدريب جديدة للتدريب المهنى والحرفى فى المحافظات والمدن ، لاحتواء الناشئة خارج مرافق التعليم على أن يتم تدريبهم على مستويين أساسيين :

المستوى الأول : لمحدوى المهارات ، وذلك بمراكز التكوين المهنى والحرفى ، ويتضمن البرنامج استكمال تعليم أساليب المعرفة ، بجانب

الصديقة والمنظمات التابعة للأمم المتحدة ، وارسال البعثات التدريبية للوقوف على أحدث التطورات في مجال التدريب .

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

هجرة العمالة المصرية الى الخارج

ظاهرة الهجرة

تعتبر الهجرة بوجه عام ، من الظواهر الهامة التي عرفتتها المجتمعات البشرية خلال مختلف العصور ، اذ ترتبط بحياة الانسان في سعيه نحو ظروف أفضل ، ونحو الارتفاع بمستوى معيشته ، أو بمحاولته الخروج من دائرة الضغوط المجتمعية بأنواعها المختلفة .

أما بالنسبة للمجتمع المصري المعاصر ، فتعتبر جديدة نسبيا ، اذ ترجع بداياتها الى منتصف الخمسينات من القرن العشرين ، ثم تطورت حتى أصبحت تمثل ظاهرة واضحة منذ أواخر الستينات ، وخاصة فيما يتصل بهجرة العمالة المصرية الى الخارج .

ولاشك أن هذه الظاهرة ترتبط بكثير من العوامل التي تتفاعل في المجتمع ، سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو السكانية أو التعليمية . كما ترتبط بالتغيرات المتلاحقة في الدول العربية البترولية من حولنا مما يمثل أوضاعا حاكمة لهجرة العمالة المصرية .

التدريب على الحرف المتنوعة .

المستوى الثاني : ويتضمن البرنامج تدريبا تخصصيا في بعض

المهن والحرف التي تعاني عجزا في العمالة الماهرة .

* وضع الاسس العلمية السليمة لاختيار المدربين من المؤهلين علميا ومن نوى الخبرة العملية ، ثم تأهيلهم بعد ذلك تريبا ، في المعاهد الفنية المتخصصة ، واعدادهم كمدرسين لسد النقص في هذه الفئة ، مع تطوير معلوماتهم النظرية والعملية دوريا تمشيا مع الأساليب الحديثة وتوفير الحوافز المادية والادبية المناسبة لتشجيع هذه الكوادر على الاستمرار في عملها بأنشطة التدريب المختلفة .

* إعداد برامج التدريب المختلفة لمواجهة الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلية والسوق الخارجية ، عن طريق تحليل وتوصيف الاعمال وتحديد المعارف والمهارات اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب ، مع الاخذ في الاعتبار تطوير هذه البرامج بما يتماشى وأساليب التدريب الحديثة ، وبما يناسب وسائل ومواد وادوات الانتاج الحالية .

* التوسع في تقديم برامج رفع مستوى المهارة للعاملين بالمواقع الانتاجية ، بمراكز التدريب العامة أو بمراكز وأجهزة التدريب بالشركات التي يعملون بها ، على أن تتناسب هذه البرامج مع الاحتياجات الفعلية .

* اعداد برامج للتدريب التحويلي للعمالة الزائدة في قطاعات الحكومة المختلفة وفي القطاع العام ، لتحويل هذه العمالة الى يد عاملة منتجة ، والاستفادة منها في سد العجز في بعض نوعيات العمالة .

* اعداد مجموعة من البرامج تهدف الى تحسين انماط السلوك على طول حياة الفرد ومجتمعه الصغير والكبير ، وتناسب مع المتطلبات الأساسية للعمل المنتج ، مع تضمينها الجوانب الروحية لأن المهارة في العمل يجب أن تواكبها الامانة في تنفيذه .

* تنظيم الافادة من الامكانات التدريبية المتاحة ، التي تقدمها الدول

الأوضاع الحاكمة لهجرة العمالة المصرية :

ويمكن ايجاز أهم هذه الأوضاع فى مجموعة من النقاط ، فى مقدمتها مايتى :

- أن مصر ذات كثافة سكانية عالية ، وهى تزيد بواقع مليون نسمة سنويا وفى الهجرة الى الخارج تخفيف للضغط على شرايين الحياة المصرية ، وتأثير مباشر على العمالة المحلية وانخفاض معدل البطالة .
- وهى بلد نام يفتقر الى الموارد ، ويحتاج الى النقد الأجنبى ، لتنفيذ برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، والعمالة المصرية تعتبر على ضوء ذلك ثروة قومية ، يعتبر عائدها ومدخراتها أحد الموارد الرئيسية للحصول على النقد الأجنبى اللازم لتنفيذ برامج التنمية .
- وتقع وسط دول عربية مكننتها ثرواتها الطبيعية والبتروولية من تنفيذ برامج تنمية طموحة وقد جذب ارتفاع الاجور بهذه الدول العمالة المصرية المدربة التى تمتاز بقدراتها وكفاءتها فأتى ذلك فى سوق العمالة المحلى ، وأوجد عجزا فى بعض التخصصات والمهن ، كما أثر على أنماط الاستهلاك فى الاوساط المصرية .

- وفى مقابل ذلك ، هناك مؤشرات تشير الى احتمال عودة العمالة المهاجرة أو بعضها ، ومن أمثلة هذه المؤشرات :

- أن ارتفاع اسعار البترول بشكل متصاعد عقب حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، حفز الدول الغنية المستوردة له على تركيز جهودها العلمية للاقلال من استخدامه ، واستنباط أشكال جديدة من الطاقة . الأمر الذى أدى الى خفض سعره ، فاضطرت الدول العربية البترولية الى خفض معدلات التنمية بها ، وتجميد بعض برامجها الاقتصادية والاجتماعية وبالتالي الحد من استقدام العمالة الأجنبية .

- أن غزو العمالة الاسيوية لاسواق الدول العربية الغنية ، خلال السنوات القلائل الماضية ، نافس العمالة المصرية المهاجرة وشاركها نشاطها .

- كما أن انتشار التعليم بالدول العربية ، وازدياد اعداد المتعلمين

من أبنائها . سنة بعد أخرى ، وتأهيلهم للحلول محل العمالة الاجنبية ، يقلل من فرص استخدام العمالة المصرية ويحد من وجودها بهذه الدول .
أهمية الدراسة ودور المجالس القومية :

وتشير هذه الأوضاع الى أن الحاجة ماسة لدراسة ظاهرة هجرة العمالة المصرية للخارج أو عودتها ، دراسة تحليلية ، توضح اتجاهات تيار الهجرة المصرية ونوعيتها ، والآثار الناجمة عنها وأسواقها ، بحيث يمكن فى النهاية رسم الملامح الرئيسية لتلك الظاهرة ، وضبط حركتها ، وإعادة تخطيط العمالة وسياسة التعليم والتدريب والاستخدام ، وفقا للاحتياجات الحقيقية للاسواق الخارجية والمحلية من التخصصات المطلوبة . وقد بادرت المجالس القومية المتخصصة الى دراسة بعض جوانب الموضوع فى ثلاث دراسات :

الدراسة الأولى : سياسة اقتصاديات مدخرات العاملين بالخارج :

حيث تناول التقرير الخاص بهذا الموضوع أهمية مدخرات العاملين فى الخارج وحجمها وتأثيرها على نمو القوة الشرائية ، وزيادة الطلب على السلع الاستهلاكية والتكلفة الاقتصادية والاجتماعية لخروج العمالة المصرية ، والآثار السلبية والايجابية لهجرة هذه العمالة . وقد انتهت الدراسة الى التوصيات المناسبة فى هذا المجال .

الدراسة الثانية : سياسة الرعاية الاجتماعية للمصريين العاملين بالخارج :

وقد تناول التقرير الخاص بهذا الموضوع مشكلات المصريين العاملين بالخارج ، ومنها المشاكل التى تتعلق بصلاتهم بوطنهم ، كاستخراج الجوازات أو تجديدها والتصديق على بعض الاوراق ، واجراءات التفتيش عند الدخول والخروج ، ومشاكل التجنيد التى يضطر بسببها بعض العاملين الى البقاء فى الخارج ، ومشكلة تخصيص نسبة ضئيلة لابناء هؤلاء العاملين الحاصلين على الثانوية العامة من الخارج عند الالتحاق بالجامعات المصرية ، ورفض الكثير من الدول العربية

الحاق ابناءهم بجامعاتها ، ومشكلة صعوبة الاتصال بالاهل والاقارب .
وقد انتهت الدراسة الى توصيات محددة لحل هذه المشكلات .

الدراسة الثالثة : الهجرة الداخلية في مصر :

وتناول التقرير الخاص بهذه الدراسة أبعاد المشكلة السكانية من حيث معدلات نمو السكان المرتفعة بالمقارنة بالموارد الاقتصادية ، ونمط توزيع السكان في مصر والخصائص السكانية ، وأثر الهجرة الداخلية في اختلاف معدلات النمو السكاني ، وتيارات الهجرة الداخلية وعوامل الجذب والطرده بين المحافظات المختلفة . وقد انتهى التقرير الى عدة توصيات لمواجهة هذه الظروف .

وقد كانت تلك الدراسات وكثير غيرها من دراسات المجالس القومية - مثل : سياسة التدريب والتأهيل ، وصناعة المقاولات والتشييد - موضع الاعتبار عند اعداد هذا التقرير عن هجرة العمالة المصرية الى الخارج .

الظروف الموضوعية للهجرة

توسعت مصر ، منذ ثورة يوليو ، في التعليم والتدريب المجاني بكافة أنواعه مما دفع كثيرا من أبناء الشعب الى الالتحاق به بأعداد كثيرة ، فشهدت طفرة لم تعرفها البلاد من قبل ، خاصة وأن تقدم الخدمات الصحية السريع قد ساعد على خفض معدل وفيات الاطفال بشكل ملحوظ ، نتج عنه تضخم سكاني وخاصة في فئات السن الصغيرة التي أقبلت على التعليم .

الا أن ظروف الحرب التي مرت بها البلاد ، لم تسمح بإيجاد فرص عمل منتجة تكفي لاستيعاب هذه الأعداد المتزايدة من خريجي أجهزة التعليم والتدريب فاضطرت الى الإلتزام بتعيينهم أول الامر في الحكومة والقطاع العام ، الا أنه بمرور الزمن تأثرت انتاجية القطاع العام بطريقة ظاهرة ، نظرا لتزايد اعداد العاملين به ، فاعفى من الإلتزام بتعيين فائض الخريجين وتحملت أجهزة الدولة - خاصة أجهزة الحكم المحلي - هذا الفائض ، مما أدى الى انخفاض مستمر وملحوظ في الاجور

الحقيقية لموظفي الحكومة .

وفي السبعينات كفلت الدولة - بناء على نصوص الدستور - حق انتقال المواطن الى الخارج بون قيود ، وتبنت سياسة تشجيع الهجرة لتخفيف الضغط على سوق العمل ، واتخذت في هذا الخصوص عدة اجراءات منها : سهولة استخراج جوازات السفر ، والغاء تأشيرة الخروج ، وحفظ وظيفة المهاجر في حالة عودته خلال مدة معينة ونتيجة حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وارتفاع اسعار البترول ، تضاعف دخول الدول العربية البترولية التي مكنتها ثرواتها من الدخول في خطط تنمية طموحة رغم هتكها الى العمالة الفنية المدربة ، فقد لجأت الى استيراد العمالة اللازمة من الدول المحيطة بها ، ووجدت في مصر ضالتها ، حيث تتوفر المهارات وتتماثل اللغة والطبائع الاجتماعية ، فقفزت أعداد المصريين الخارجين للعمل بشكل فجائي نتيجة الفارق الكبير بين مرتبات الخارج والداخل .

ومن هذه الظروف الموضوعية وغيرها من الظروف الخارجية ، يمكن استخلاص أسباب الهجرة المصرية ، سلبا وإيجابا ، وذلك على النحو الآتي :

أسباب هجرة العمالة المصرية :

ترجع هجرة العمالة المصرية الى الخارج الى نوعين من العوامل ، يمثل النوع الاول منها الأسباب الطاردة ، ويمثل النوع الثاني الأسباب الجاذبة .

أسباب طاردة : ويتلخص أهمها فيما يأتي :

- التضخم السكاني المتزايد بنسب مرتفعة ، مما يترك آثاره على مختلف نواحي المعيشة .
- الظروف الاقتصادية الصعبة التي مرت بها البلاد حيث أثرت بوضوح على مستويات المعيشة ومستويات الاجور ، بوجه عام الى جانب الآثار النفسية التي ترتبت على حرب ١٩٦٧ ، في مرحلة من المراحل .
- قلة فرص العمل المنتج لاستيعاب السيل المتدفق من خريجي

أيسرها تخفيف القيود المفروضة على الهجرة إليها .

أنواع هجرة العمالة

تتعدد أنواع الهجرة تبعاً للأغراض والمدد التي يقضيها المهاجر في الخارج ، وقد حدد القانون (١١١) لسنة ١٩٨٣ نوعين من الهجرة :

الدائمة والمؤقتة

أولاً : الهجرة الدائمة :

التعريف : طبقاً للمادة الثامنة من هذا القانون : " يعتبر مهاجراً هجرة دائمة كل مصري جعل محل إقامته العادية بصفة دائمة في خارج البلاد بأن اكتسب جنسية دولة أجنبية أو حصل على إذن بالإقامة الدائمة أو أقام بها بقرار من الوزير المختص بشؤون الهجرة " .

تطورها : مرت الهجرة الدائمة بعدة أدوار - طبقاً للبيانات المتاحة - منذ سنة ١٩٦٢ ، من حيث أعداد المهاجرين ومستواهم التعليمي والمهني والعمرى ، ومن حيث تخصصاتهم .

أ - من حيث أعداد المهاجرين:

يوضح الرسم البياني الوارد في الصفحة التالية تطور أعداد المهاجرين هجرة دائمة ، في السنوات ما بين ١٩٦٢ ، ١٩٨٠ .

ويستفاد من هذا الرسم أن أعداد المهاجرين أخذت تتطور حتى وصلت في سنة ١٩٦٢ إلى حوالي (٩٠٠) مهاجر ، ثم أخذت تتضاعف حتى بلغت ذروتها سنة ١٩٦٩ ، حيث بلغت حوالي (٥٦٠٠) مهاجر ، اتجه معظمهم إلى الولايات المتحدة (٣٣٪) ، وكندا (٣٢٪) وأستراليا (٣١٪) ، ثم عادت إلى التناقص تدريجياً سنة بعد أخرى حتى عادت إلى معدلها سنة ١٩٦٢ ، حيث وصلت إلى حوالي (٨٠٠) مهاجر سنة ١٩٧٤ ، ثم استمرت في الانخفاض حتى أصبحت غير ذات أثر سنة ١٩٨٠ .

ويوضح الجدول الوارد صفحة (٤٥٧) توزيع أجمالي المهاجرين الأصليين وفقاً للحالة التعليمية وسنوات الهجرة خلال الفترة من عام ١٩٦٢ إلى عام ١٩٨٢ .

ب - من حيث المستوى التعليمي :

أجهزة التعليم والتدريب ، وخاصة بعد تقرير مجانية التعليم ، وقد حالت دون إيجاد هذه الفرص ظروف الحروب المتتالية التي خاضتها البلاد .

• إعفاء القطاع العام - بسبب ظروف موضوعية - من الالتزام بتعيين فائض الخريجين ، وتحمل أجهزة الدولة ، وخاصة الحكم المحلي ، بهذا الفائض ، مما أدى إلى انخفاض مستمر وملحوظ في قيمة الأجور الحقيقية لموظفي الحكومة .

• كفالة الدولة - منذ السبعينات ، وبناء على نصوص الدستور - لحق المواطن في الانتقال إلى الخارج دون حدود ، لتخفيف الضغط على سوق العمل وتصريف الأعداد المتزايدة من العمالة المعروضة .
• تيسير إجراءات السفر إلى الخارج ، عن طريق مجموعة من الإجراءات ، في مقدمتها :

- تسهيل استخراج جوازات السفر .

- إلغاء تأشيرة الخروج .

- حفظ وظيفة المهاجر في حالة عودته خلال مدة معينة .

أسباب جاذبة : ويتلخص أهمها فيما يأتي :

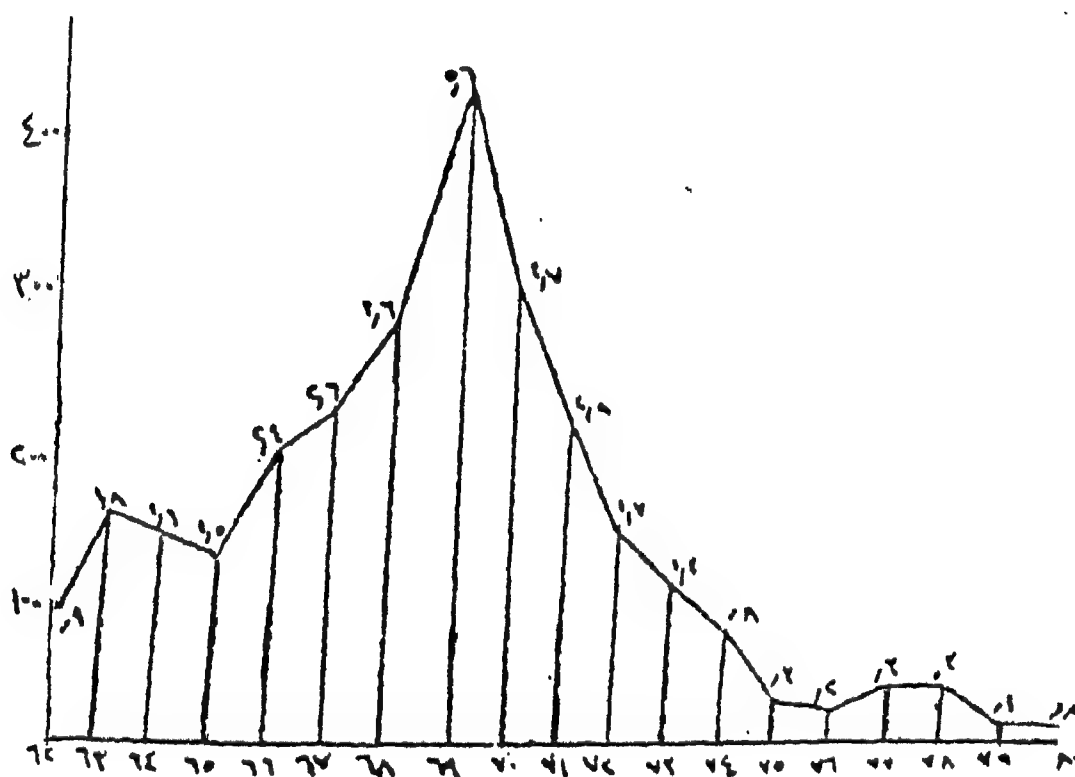
• تضاعف دخول الدول العربية البترولية المحيطة بمصر ، بسبب الارتفاع الكبير في أسعار البترول ، خاصة بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، مما دفعها إلى الدخول في خطط طموحة للتنمية ، برغم افتقارها إلى العمالة الفنية المدربة فوجدت ضالتها في العمالة المصرية ، حيث تتوفر المهارات وتتماثل اللغة والطبائع الاجتماعية .

ومن ثم قفزت أعداد الخارجين للعمل من مصر بشكل فجائي نشدانا للأجور المرتفعة .

• تآثر قطاع معين من المجتمع - خاصة المثقفين . والعلميين - بالازدهار الاجتماعي والاقتصادي والتكنولوجي لدول الغرب في مقابل ظروف محلية مغيرة .

• اتجاه بعض الدول المتقدمة لاجتذاب نوعية معينة من المهاجرين - ممن اصطليح على تسميتهم بالعقول المهاجرة - بكثير من المغريات ،

تطور أعداد المهاجرين هجرة دائمة في السنوات ما بين ١٩٦٢ - ١٩٨٠



توزيع اجمالي المهاجرين الأصليين وفقا للنسبة التعليمية وسنوات الهجرة

خلال الفترة من عام ١٩٦٢ الى عام ١٩٨٢ *

| الدرجة العلمية | درجات علمية عليا | بكالوريوس وما يعادلها | ثانوية عامة وما يعادلها | أقل من الثانوية العامة | مؤهلات أخرى | بـ مؤهل وغير مبدن | المجموع |
|----------------|------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-------------|-------------------|---------|
| سنوات الهجرة | | | | | | | |
| ١٩٦٢ | — | ١٣ | ٥ | ٣ | ٢ | ٣٥٦ | ٣٧٩ |
| ١٩٦٣ | ١ | ٤٣ | ٨٤ | ٥٩ | ١٥ | ٥٤٩ | ٧٥١ |
| ١٩٦٤ | ١ | ٩٣ | ١٨٣ | ١٥٦ | ٥٩ | ٢٦٢ | ٧٥٤ |
| ١٩٦٥ | ٥ | ١٢١ | ١٨٦ | ١٣٠ | ٦٥ | ٢٠٨ | ٧١٥ |
| ١٩٦٦ | ١٥ | ٢٥٥ | ٢٨٤ | ٢١٨ | ٣٢ | ٢٢٥ | ١١٢٩ |
| ١٩٦٧ | ٢٣ | ٣٧٧ | ٢٢٧ | ١٤٨ | ٩٢ | ٢٨٥ | ١١٥٢ |
| ١٩٦٨ | ٩٢ | ٨٢١ | ٣٤٢ | ١٣١ | ٧١ | ٢١٨ | ١٧٧٥ |
| ١٩٦٩ | ١٢٢ | ١٨٢٢ | ٥٣٣ | ١٩٠ | ٥٧ | ٢٩٤ | ٣١١٨ |
| ١٩٧٠ | ٨٣ | ٩٦١ | ٦١٤ | ٢٠٤ | ٥ | ٢١٢ | ٢١٧٩ |
| ١٩٧١ | ٤٣ | ٦٢٧ | ٥٤٠ | ٢٠٩ | ١١ | ٢١٢ | ١٧٤٢ |
| ١٩٧٢ | ٢٧ | ٣٦١ | ٣٠٥ | ١٤١ | ٣٧ | ٢١٧ | ١٠٨٨ |
| ١٩٧٣ | ١٠ | ٢٣٧ | ٢٢٩ | ١٢٤ | ٥٤ | ١٨١ | ٨٣٥ |
| ١٩٧٤ | ٧ | ١٥٤ | ١٤٦ | ٧٤ | ١٨ | ١١٢ | ٥١١ |
| ١٩٧٥ | ٢ | ١٦٧ | ٧١ | ١٨ | ١٥ | ٢٥ | ٢٤٨ |
| ١٩٧٦ | ١ | ٨١ | ٣٧ | ١٠ | ٥ | ٢٤ | ١٦٨ |
| ١٩٧٧ | ١ | ٩٩ | ٥٨ | ١٦ | ٨ | ٣٢ | ٢١٤ |
| ١٩٧٨ | ٤ | ٩١ | ٥٠ | ١٨ | ٨ | ٢٦ | ١٩٧ |
| ١٩٧٩ | — | ٢٨ | ١٦ | ٤ | ١ | ٥ | ٥٤ |
| ١٩٨٠ | ٤ | ١١٥ | ١٢٢ | ٥٥ | — | ٤٥ | ٣٤١ |
| ١٩٨١ | — | ١٦ | ٩ | ٢ | — | ٣ | ٣٠ |
| ١٩٨٢ | — | ٤ | ٦ | ٣ | ١ | ٢ | ١٦ |
| الاجمالي | ٤٤١ | ٦٤٣٦ | ٤٠٤٧ | ١٩١٣ | ٥٥٦ | ٤٠٠٣ | ١٧٣,٩٦ |

* المصدر : الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء .

ويتحليل بيانات هذا الجدول ، يتبين أن المؤهلات العليا والجامعية والثانوية العامة وما يعادلها ، تمثل نحو ٦٢.٧٪ من اجمالي قوة العمل المهاجرة ، و ١٦.٢٪ من قوة العمل بمصر

ج- من حيث العمر :

ويوضح الجدول الآتى توزيع المهاجرين فى سن العمل على الفئات العمرية المختلفة ، مقارنة مع توزيع قوة العمل فى مصر حسب تعداد ١٩٧٦ .

| الفئة العمرية | % من قوة العمل المهاجرة | % من قوة العمل بمصر |
|---------------|-------------------------|---------------------|
| أقل من ٢٠ | ٣ | ١٢ |
| ٢٠ | ٣٩ | ٢٩ |
| ٣٠ | ٣٢ | ٢٣ |
| ٤٠ | ١٣ | ١٨ |
| ٥٠ | ٧ | ١٢ |
| أكثر من ٦٠ | ٦ | ٦ |
| الجملة | % ١٠٠ | % ١٠٠ |

وقد بلغ عدد المهاجرين فى سن العمل حوالى ١٧٠٠٠ مهاجر منهم حوالى ٧١٪ من الفئة العمرية (٢٠ - ٣٩ سنة) فى مقابل (٥٢٪) من قوة العمل المصرية ، مما يعنى أن نول المهجر تركز على الفئة العمرية ذات الانتاجية العالية والتي لها مدى عمرى طويل .

د- من حيث المهن والتخصصات :

| أقسام المهنة | % فى قوة العمل المهاجرة | % فى قوة العمل بمصر |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------|
| اصحاب المهن الفنية والعلمية | ٣٤ | ٧,٨ |
| المديرون ورجال الادارة | ٥ | ١,٢ |
| الكتابيون | ١٥ | ٧,٦ |
| البائعون | ٩ | ٦,٨ |
| عمال الانتاج والزراعة | ١٦ | ٦٥,٨ |
| العاملون بالخدمات | ١ | ٨,٢ |
| غير مصنفة | ٢٠ | ٢,٦ |
| الجملة | % ١٠٠ | % ١٠٠ |

يوضح الجدول الآتى نسب المهاجرين طبقا لمستوياتهم التعليمية مقارنة مع نسب المتعلمين فى مصر حسب تعداد عام ١٩٧٦ :

| الحالة التعليمية | النسبة التعليمية | الى المهاجرين | الى السكان فى مصر |
|-------------------------------|------------------|---------------|-------------------|
| حملة المؤهلات العليا | % ٤٠ | % ٢ | |
| حملة المؤهلات المتوسطة | % ٢٥ | % ٦ | |
| حملة المؤهلات أقل من المتوسطة | % ٣٥ | % ٩٢ | |
| الجملة | % ١٠٠ | % ١٠٠ | |

ويتحليل بيانات أعداد المهاجرين بالمقارنة الى النسب الماثلة لسكان الجمهورية ، وفقا لتعداد ١٩٧٦ ، يتبين الارتفاع الكبير فى عدد المهاجرين من حملة المؤهلات العليا والمتوسطة ، مما يدل على اجتذاب نول المهجر للتعليمات عالية التعليم ، حيث بلغ عدد المهاجرين الحاصلين على مؤهلات عليا ٤٠٪ من اجمالي عدد المهاجرين ، ومن حملة المؤهلات المتوسطة ٢٥٪ من المهاجرين ومن حملة المؤهلات أقل من المتوسطة أو بدون مؤهلات ٣٥٪ من المهاجرين .

نسبة قوة العمل المهاجرة مقارنة بنسبة قوة العمل بمصر :

ويوضح الجدول الآتى نسبة قوة العمل المهاجرة مقارنة بنسبة قوة

العمل الاجمالية :

| المؤهل | % من قوة العمل المهاجرة | % من قوة العمل بمصر |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| الدكتوراه والماجستير | ٢,٦ | ٠,٢ |
| البكالوريوس أو الليسانس أو ما يعادلها | ٣٧,١ | ٥,٢ |
| الثانوية العامة وما يعادلها | ٢٣,٠ | ١٠,٨ |
| أقل من الثانوية العامة | ١٤,٣ | ٦,٧ |
| بدون مؤهلات | ١٦,٢ | ٧٦,٢ |
| غير معروف | ٦,٨ | ٠,٩ |
| الجملة | % ١٠٠ | % ١٠٠ |

الوطن ... » .

تقديرات أعداد المهاجرين :

تعددت تقديرات أعداد المصريين المهاجرين هجرة مؤقتة بتعدد الجهات وذلك لعدة اسباب ، من بينها :

- غياب الاسلوب الاحصائي الدقيق لحصر المواطنين الذين يسافرون للعمل بالخارج ، أو الذين يعملون بالخارج فعلا .
- تعدد الجهات المسؤولة عن السفر للعمل في الخارج ، فبينما تغطي وزارة القوى العاملة مجال السفر للقطاع الحكومى والقطاع العام ، فان وزارة الداخلية تغطي القطاع الخاص بصورة جزئية .
- عدم اهتمام المصريين بالخارج بتسجيل انفسهم فى القنصليات التى يتبعونها ومن هنا تعذر وجود البيانات الدقيقة التى يمكن الاعتماد عليها بصورة قاطعة . فبينما توضح تقديرات جهاز التعبئة العامة والاحصاء أن عدد العاملين المصريين بالخارج بلغ نحو مليون و٦٦٧ ألف مواطن عام ١٩٨٢ ، نجد أن تقديرات ادارة شؤون الهجرة الخارجية تصل الى نحو مليونين و٩٦٣ ألف مواطن .
- وقد أعلنت وزارة الهجرة أن تقديرات عدد المصريين المهاجرين هجرة مؤقتة بالخارج يصل الى حوالى ٢.٥ مليون مهاجر . ولم تذكر الاساس الذى بنى عليه هذا التقدير .

التركيب المهني للعمالة المصرية فى الخارج

يختلف التركيب المهني لقوة العمل فى شكله ، من حيث درجة احتوائه على مهن متقدمة ، مثل المهن الفنية والعلمية ، ومهن غير متقدمة ، مثل المهن محدودة المهارة والمهن العادية .

وتحدد هذا الشكل : ظروف سوق العمل والانشطة الاقتصادية السائدة فيه ، ودرجة النمو التكنولوجى التى يجرى العمل بها ، وبذلك فانه من المتوقع أن يكون التركيب المهني للعمالة المصرية المتواجدة فى الخارج ، مختلفا فى خصائصه عن التركيب المهني للعمالة المصرية الموجودة فى الداخل .

ويتبين من تحليل بيانات هذا الجدول أن هناك تركيزا على اصحاب المهن الفنية والعلمية ، ويمثلون ٣٤٪ من المهاجرين ، وعلى الكتابيين ويمثلون ١٥٪ ، وتمثل هذه الفئات نحو ١٥.٤٪ من قوة العمل فى مصر

توزيع الهجرة الدائمة حسب التخصصات :

| المؤهل | من قوة العمل المهاجرة |
|-------------------|-----------------------|
| طب بشرى | ٣,١ |
| طب أسنان | ٠,٥ |
| صيدلة | ١,٢ |
| طب بيطرى | ٠,٨ |
| زراعة | ٥,١ |
| علوم أساسية | ٤,٤ |
| هندسة | ٨,٢ |
| تجارة | ٩,٨ |
| حقوق | ١,٤ |
| آداب | ٤,٠ |
| اقتصاد | ٠,٣ |
| مؤهلات عالية أخرى | ٣,٣ |

ويوضح تحليل هذا الجدول ، أن خريجي التجارة والهندسة والزراعة يمثلون حوالى ٢٢.١٪ من قوة العمل المهاجرة ، ويشير هذا الى أن دول المهجر تركز على التخصصات اللازمة لعناصر الانتاج فى مجالات الصناعة والزراعة والتجارة .

ثانيا : الهجرة الموقوتة :

التعريف : طبقا للمادة الثالثة عشرة من قانون الهجرة : « يعتبر مهاجرا هجرة موقوتة كل مصرى غير دارس أو معار أو منتدب جعل اقامته العادية أو مركز نشاطه فى الخارج وله عمل يتعيش منه متى انقضى على بقائه فى الخارج أكثر من سنة متصلة ولم يتخذ اجراءات الهجرة الدائمة المنصوص عليها بهذا القانون أو اتخذها وعاد الى

من مدرسى المرحلة الثانوية (٢٣٨١٧) بالإضافة الى هيئة التدريس بالجامعات وعددهم (١١٠١) .

الاطباء والمهن الطبية : ونسبتهم ٧.٦ ٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم من الاطباء البشريين (١٧٦٥) ، واطباء الاسنان (٣٧٠) ، والصيادلة (٣٩٦) ، والاطباء البيطريين (٥١٦) ، والمرضات (٣٢٣٤) . المحاسبون : ونسبتهم ٧.١ ٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم محاسبون (٦٣٤٠) ، ثم مراجعو الحسابات (١٦٦٣) .

المهندسون ومن فى حكمهم : ونسبتهم ٣.٧ ٪ من اجمالى التعاقدات ومنهم مهندسو الكهرباء (٩٤٣) ، ثم المهندسون المدنيون (٦٨٢) ، والمهندسون الميكانيكيون (٥٨٢) ، ثم المهندسون المعماريون (٥٠١) .

٢) قسم عمال الانتاج وعمال تشغيل وسائل النقل : ويلى قسم اصحاب المهن الفنية مباشرة ، من حيث ارتفاع نسبة التعاقدات حيث بلغ حوالى ٢٤.٠ ٪ والمهن الغالبة فى هذا القسم والتي وردت فى تعاقدات ١٩٨١ . هى :

البنائون والنجارون : وبلغت نسبتهم ٥.٠٤ ٪ من اجمالى التعاقدات ، واهم المهن الموجودة هى :

| | |
|-----------|----------------|
| ٣١٠٩ حالة | بناء بالطوب |
| ٥٥١ حالة | نجار باب وشباك |
| ٥٤١ حالة | مبيض معمارى |
| ٤٨١ حالة | نجار مسلح |

عمال تركيب واصلاح المعدات الكهربائية : وبلغت نسبتهم ٢.٦٨ ٪ من اجمالى التعاقدات . واهم المهن هى :

| | |
|-----------|---------------------------|
| ١٥٤٩ حالة | كهربائى عام |
| ٦١٦ حالة | كهربائى شبكات كهربائية |
| ١٤٨ حالة | كهربائى تبريد وتكييف |
| ١٤٨ حالة | عامل لحام كابلات كهربائية |

وبراسة الاختلافات القائمة بين هذين التركيبين ، تلقى الضوء على الخصائص التى تميز التركيب المهنى للعمالة فى الخارج ، وكذلك نوعيات المهن التى يشتد عليها الطلب فى الاسواق الخارجية . وحتى يمكن اجراء هذه الدراسة ، فانه من الضرورى استخدام بيانات حديثة ومتكاملة عن توزيع العمالة المصرية فى الخارج ، وفقا للمهن التى تزاولها .

ونظرا للنقص الشديد فى البيانات الخاصة بهذا المجال فقد تم استخدام بيانات التعاقدات الخاصة بالعمل فى الخارج ، والتي تتم عن طريق وزارة القوى العاملة ، وهذه البيانات تغطى القطاعين الحكومى والعام كما تشتمل على جزء صغير من حالات السفر للعاملين فى القطاع الخاص .

وقد بلغت جملة التعاقدات ١١٦ ألف تعاقد فى عام ١٩٨١ . منهم ٦٢٣٠ تعاقد من القطاع الخاص وتنقسم المهن طبقا لبيانات هذه التعاقدات الى ما يأتى :

١) قسم اصحاب المهن الفنية والعلمية :

ويشتمل على أكبر نسبة للتعاقدات ، اذ يحتوى على ٤٨ ٪ من تعاقدات ١٩٧١ بينما تبلغ هذه النسبة حوالى ٧.٥ ٪ من اجمالى قوة العمل اى أن ما يقرب من نصف المتعاقدين هم من اصحاب المهن الفنية والعلمية . ونظرا لان المهن الواردة فى هذا القسم تعتبر فى قمة الهيكل المهنى من حيث المستوى التعليمى أو التدريبى ، فان ارتفاع نسبة العاملين فى الخارج من هذا القسم ، يوضح العبء الشديد الذى يقع على كاهل القوة العاملة على المستوى القومى ، الامر الذى يجب تداركه فى برامج التعليم والتدريب حتى لا يحدث نقص شديد فى هذه المهن الهامة بالسوق المحلية .

والمهن الغالبة فى هذا القسم والتي وردت فى تعاقدات ١٩٨١ ، هى :

المدرسون : ونسبتهم ٢١.٨ ٪ من اجمالى التعاقدات ، ومعظمهم

الملاحظون والمشرفون على الانتاج : وبلغت نسبتهم ٢٠.٢٧ ٪ من اجمالي التعاقدات ، وأهم المهن هي :

| | |
|-----------------------|-----------|
| ملاحظ معمارى | ١٢٧٠ حالة |
| ملاحظ كهربائى | ٥٣٤ حالة |
| ملاحظ ميكانيكا سيارات | ٣٥٦ حالة |
| ملاحظ براده معادن | ٢٠٤ حالة |

عمال تركيب وتجميع وصيانة الآلات الدقيقة : وبلغت نسبتهم ٢٠.٢٦ ٪ من اجمالي التعاقدات ، وأهم المهن هي :

| | |
|---------------------|-----------|
| ميكانيكى سيارات | ١٠٠٠ حالة |
| ميكانيكى آلات ورش | ٩٦٦ حالة |
| ميكانيكى آلات دقيقة | ٥٦٣ حالة |

(٣) قسم القائمين بالأعمال الكتابية :

ويلى القسمين السابقين فى الأهمية الخاصة بالتعاقد ، للعمل فى الخارج وقد بلغت نسبتهم ١٧.٤ ٪ من اجمالي التعاقدات ، بينما كانت نسبتهم ٧.٢٩ ٪ فقط من قوة العمل الاجمالية . والمهن الغالبة طبقا لتعاقدات ١٩٨١ ، وهى :

| | |
|-----------------|-----------|
| موظفون تنفيذيون | ٧٤٨١ حالة |
| كاتب آلة كتابة | ٣٦٠٢ حالة |
| كاتب حسابات | ٢٩٢٢ حالة |
| صراف | ٨٥٠ حالة |

(٤) الاقسام المهنية الباقية :

وعدها أربعة ، لم يحدث بها سوى نسبة صغيرة من التعاقدات . وبيان هذه الاقسام هو:

| | |
|----------------------------------|-------|
| المديرون الإداريون ومدير الأعمال | ٠.٨ ٪ |
| القائمون بأعمال البيع | ١.٧ ٪ |
| القائمون بالخدمات | ٤.٥ ٪ |

العاملون فى الزراعة ٢٠.٧٩ ٪

الأجهزة المعنية بشئون العاملين فى الخارج

تعددت وتنوعت الاجهزة المعنية بشئون الهجرة تبعاً لطبيعة هذا الموضوع من حيث أوضاع قوة العمل المهاجرة وبورها فى مصر قبل سفرها ، ثم اجراءات السفر وما تتطلبه من تجهيزات ، وكذلك أوضاعها فى بيئاتها الجديدة فى المهجر ، ومن ثم تتوزع اختصاصات أجهزة الدولة فيما يختص بشئون الهجرة على النحو الآتى :

(١) وزارة القوى العاملة :

بالنسبة للسياسات

– قرار رئيس الجمهورية رقم ١٦٥ لسنة ٧٦ بمسؤوليات وتنظيم وزارة الدولة للقوى العاملة والتدريب ويقضى بأن تختص الوزارة بالآتى :

رسم سياسات الافادة من الهجرة والعمل فى الخارج على ضوء سياسات الاستخدام ووضع الخطط والبرامج التنفيذية فى هذا الشأن .

– قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥٩ لسنة ١٩٨٢ ، بإنشاء مجلس أعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب ، ونص على أن يختص المجلس برسم السياسة القومية لتخطيط وتنمية القوى البشرية ، ووضع برنامج قومى شامل لتنميتها ، واستخدامها الاستخدام الأمثل .

بالنسبة للرعاية :

– رسم سياسة الافادة من الهجرة ، بما فى ذلك رعاية العمالة المصرية فى الخارج .

– بحث واتخاذ وسائل تنسيق الخدمات العمالية ، ونشر وسائلها ، ودعم نشاط المنظمات العمالية فى هذا الشأن .

بالنسبة للاعلام

– وضع واعتماد كافة برامج الاعلام والنشر فى مجالات القوى

العاملة والاستخدام والتدريب المهني .

(٢) وزارة الخارجية :

بالنسبة للسياسات

ادارة شئون الهجرة :

- شئون المهاجرين بالداخل .

- التنسيق مع أجهزة الدولة والهيئات والمؤسسات المساهمة في

مجال الهجرة لتنظيم نشاطها والتيسير على المهاجرين والبت في

شكاواهم .

- إعداد البحوث والدراسات عن الهجرة عامة والهجرة المصرية

خاصة ، وعن اسواق العمل في الخارج للمساعدة في ايجاد فرص عمل

للقائض من العمالة الداخلية .

- شئون المهاجرين بالخارج .

- تشترك الادارة في المحادثات الخاصة بالاتفاقيات التي تعقد بين

مصر والدول الاخرى بشأن تنقل الايدي العاملة.

بالنسبة للرعاية

داخليا :

- التعاون مع ممثلى الهيئات الدولية للهجرة في تقديم المساعدات

للمهاجرين المصريين دون تفرقة في الدين أو المذهب .

- التعاون مع سفارات دول المهجر بالقاهرة للحصول على أكبر قدر

من التيسيرات للمهاجرين مثل الاستقبال عند الوصول لدولة المهجر

والاعتراف بالشهادات المصرية والمعاونة في تدبير سكن مبدئى .

- تيسير اجراءات استقبال المهاجرين الوافدين للوطن الام للزيارة ،

والحفاوة بهم بالتعاون مع اجهزة الدولة المختلفة .

خارجيا :

- رعاية شئون المهاجرين وحل مشاكلهم مع سلطات دولة المهجر .

- تشجيع المهاجرين على اقامة روابط وجمعيات لهم في دول

المهجر .

- التنسيق والتعاون مع الهيئات والسلطات الدولية ، وكذلك مع

الهيئات الدينية لمساعدة تجمعات المهاجرين على اقامة المنشآت الدينية .

بالنسبة للاعلام

داخليا :

- الرد على استفسارات المواطنين الراغبين في الهجرة .

- الاتصال بأجهزة الاعلام بغرض نشر الوعى لدى المواطنين .

خارجيا :

- تيسير حصول المهاجرين وجمعياتهم على الجرائد والمجلات

والكتب المصرية وإقامة المكتبات المصرية .

- نشر الوعى القومى بين المهاجرين في المهجر لربطهم بالوطن

الام .

وزارة الدولة لشئون الهجرة :

بالنسبة للسياسات

نص قرار رئيس الجمهورية رقم ٥٦٩ لسنة ١٩٨٨ بشأن اختصاص

السيد وزير الدولة لشئون تنظيم الهجرة والعلاقات العامة بالمصريين في

الخارج - على أن يكون :

- وضع سياسة شاملة لهجرة المصريين للخارج على ضوء اهداف

التنمية القومية والاجتماعية والاقتصادية والمصالح القومية للبلاد .

بالنسبة للرعاية :

- رعاية شئون المصريين المقيمين بالخارج ، من المنتجين والعلميين

الدارسين والمبعوثين والعاملين ، وذلك بهدف تكوين رأى عام وطنى يساند

القضايا القومية والوطنية ، مع الافادة بخبراتهم وكفاياتهم في شتى

مجالات الانتاج والتنمية ، وتدعيم الروابط القومية والسياسية والاجتماعية

والاقتصادية بينهم وبين الوطن الام ، وبينهم وبين بعضهم ، واطلاعهم

على القضايا الوطنية العامة وتوضيح ظروفها وأهدافها ، والتصدى

للاسابيل التي قد يواجهون بها في الخارج .

– العمل على تقديم خدمات وتيسيرات تعليمية أو سياحية أو اقتصادية للمصريين وابتنائهم في الخارج ، وتدعيم وتقوية علاقاتهم مع السفارات والقنصليات المصرية ، وتزويد صحف المهجر بالمعلومات الصادقة .

بالنسبة للإعلام

– اقامة وتنظيم المؤتمرات والندوات في الداخل والخارج ، لبحث مشاكل المهاجرين وإيجاد الحلول لها ، وإطلاعهم على شئون وطنهم وقضاياهم القومية والتعرف على آرائهم ومقترحاتهم ، وكذلك الحفاظ على اللغة والثقافة العربية والتراث الوطني والروابط الروحية بين المهاجرين ، والعمل على نشره بين أجيالهم الجديدة ، وذلك عن طريق تمكين أبناء المهاجرين من متابعة تعليمهم وفقا للنظم المصرية ، وإنشاء مراكز ثقافية عربية حيثما وجدت تجمعات المهاجرين وتزويدها بالكتيبات .

٤) اللجنة العليا للهجرة :

كذلك قضت المادة الخامسة من القانون رقم ١١١ لسنة ١٩٨٣ بشأن الهجرة ، على أن تختص اللجنة العليا للهجرة بالعمل على توفير احتياجات المصريين المقيمين في الخارج ، من مواد ثقافية وإعلامية وقومية تحفظ صلاتهم بالوطن ، وتوفير وسائل نشر اللغة العربية بين ابتنائهم ، ودعم الجهود التي تبذل لتعميق الروابط الروحية بين المصريين في الخارج .

قانون الهجرة وحقوق المهاجرين :

اهتم المجلس في الدورة السابقة بموضوع رعاية المصريين بالخارج وأوضح في دراسته الوسائل التفصيلية لهذه الرعاية ، وقد تزايد اهتمام الدولة تباعا بهذه الفئة من المواطنين ، حتى صدر القانون ١١١ لسنة ١٩٨٣ فأضفى الصبغة القانونية على رعاية المصريين بالخارج وكفل لهم مزيدا من الحقوق والمزايا ، في مقدمتها :

• احتفاظ المهاجر هجرة دائمة بجنسيته المصرية ، هو وزجته وأولاده القصر أو من يولدون له في المهجر .

• إعفاء عائد استثمار ودائع المهاجرين من كافة الضرائب .

• تمتع رأس المال الذي يشارك به المصري المهاجر أو العامل بالخارج ، في أعمال استثمارية داخل البلاد بكافة المزايا المقررة لرأس المال الأجنبي .

• ضمان إعادة المهاجر هجرة دائمة الى وظيفته اذا عاد الى الوطن خلال سنتين من تاريخ قبول استقالته ، مع جواز تعيين من جاوزت هجرته مدة السنتين ، متى توافرت فيه اشتراطات شغل الوظيفة .

وسائل الرعاية المقررة في القانون :

التزمت الدولة في المادة الثانية من قانون الهجرة ، برعاية المصريين في الخارج ، وكلفت الوزير المختص بشئون الهجرة باتخاذ مايلزم من اجراءات الرعاية وتحديد الوسائل التي تكفلها ومن أهم هذه الوسائل :

• اقامة وتنظيم المؤتمرات في الداخل والخارج لبحث مشاكل المهاجرين وإيجاد الحلول لها .

• دعم انشاء الاتحادات والنوادي والروابط المصرية في دول المهجر .

• ودعم القائم منها ادبيا وماديا .

• الحفاظ على اللغة والثقافة العربية والتراث الوطني والقومي والروابط الروحية بين المهاجرين ، والعمل على نشره بين أجيالهم الجديدة .

• تيسير زيارة المهاجرين للوطن ، وزيارة نوبيهم لهم .

الآثار المترتبة على هجرة العمالة

ترتبت على هجرة القوى العاملة المصرية الى الخارج مجموعة من الآثار منها ما هو ايجابي ومنها ما هو سلبي ، وينبغي أن يكون الهدف من

تحديد هذه الآثار هو وحدة الصالح العام للفرد والمجتمع ، مع عدم اغفال الدور الحضارى الذى تؤديه هذه العمالة فى البلاد العربية ، كمسؤلية تاريخية منوطة بالثقافة الكبرى مصر . ومن خلال هذه الرؤية ينبغي النظر الى الآثار التى تلخص فيما يأتى :

الآثار الايجابية

الجانب السياسى :

• لم تتخلف مصر عن واجبها الحضارى تجاه شقيقاتها من الدول العربية اذ عاونتها فى مختلف الظروف على البناء والتنمية والأخذ بأسباب النهوض الحضارى فى شتى الميادين ، واذا كانت بعض الظروف قد حالت دون أداء هذا الواجب على المستوى الرسمى ، فان مصر تقوم به الان على المستوى الشعبى ممثلة فى الأعداد الكبيرة من ابنائها الذين يشاركون بجهودهم فى تنفيذ خطط التنمية فى مختلف البلاد العربية .

• وقد ادى انتشار المصريين فى البلاد العربية خلال فترة قطع العلاقات السياسية الى استمرار الصلات الودية بين مصر وهذه الدول التى حرصت على استرخاء الجاليات المصرية بها .

الجانب الاقتصادى :

• تخفيف الضغط على ميزان المدفوعات عن طريق إحداث نوع من التوازن بين ما تنفقه الدولة من عملات حرة لتمويل تجارتها الخارجية وبين دخولها من هذه العملات اذ تمثل تحويلات المصريين بالخارج - فى الوقت الحالى - أحد الموارد الرئيسية للنقد الأجنبى .

• تمويل عمليات الاستيراد بدون تحويل عملة والتى تحتاجها البلاد سواء لاستيراد مستلزمات الانتاج أو السلع الاستهلاكية الضرورية .

• كفاية الدولة مئونة تمويل كثير من السلع الاستهلاكية اللازمة للاستهلاك المحلى ورصد إيراداتها من العملات الصعبة لدفع عجلة

التنمية .

• تحسين معدل الادخار لدى بعض المواطنين ، نظرا للدخول المرتفعة التى يحصل عليها العاملون بالخارج .

• تنشيط التجارة الداخلية ، بسبب ارتفاع معدلات انفاق هذه الفئة ، مما زاد من أرباح التجار ، وبالتالي رفع معدل ادخارهم .

• تخفيف العبء عن كاهل الدولة بالنسبة للخدمات العامة كنفقات التعليم والصحة وغيرها ، مقابل الدعم الذى تتحمله الدولة بالنسبة لهؤلاء المهاجرين وعائلاتهم .

الجانب الحضارى والاجتماعى :

• نقل بعض أوجه التكنولوجيا الى مصر ، ويتمثل فيما يقدمه المهنى العائد من خبرات تكنولوجية ، بسبب صقل قدراته فى دول المهجر .

• زيادة أواصر الترابط بين المجتمع المصرى والمجتمعات العربية على وجه الخصوص وهو أمر له تأثيراته الراهنة والمستقبلية فى تحسين العلاقات على جميع المستويات .

• اكتساب المهاجرين لمهارات اجتماعية وسلوكية جديدة ، تساعد فى بناء شخصيته وقدرته على التعامل مع نوعيات مغايرة ، وزيادة قدرته على حل مشكلاته ، وأثر ذلك على بيئته عند عودته وخاصة البيئات الريفية والشعبية .

الآثار السلبية

• كان لارتفاع أجور المهاجرين وخاصة من أبناء الريف أثر مباشر على زيادة استهلاك ذويهم من المواد الغذائية التى كانت القرية تنتج منها مايسد حاجتها ويغنى عنها ، الأمر الذى ادى الى سد احتياجاتهم المتزايدة منها من المواد الغذائية المستوردة والمدعومة .

• زيادة الواردات بشكل لا يتناسب مع صادرات الدولة بسبب انتشار استخدام السلع المعمرة ،

• ارتفاع اسعار اراضى البناء واقتطاع أجزاء من الأراضى

الزراعية بالريف ، بسبب مسارعة كثير من المهاجرين لشراء الأراضي لأغراض البناء .

• تزايد ارتفاع أجور الحرفيين بسبب الهجرة ، مع ثبات أجور موظفي الحكومة والقطاع العام ، مما أدى الى ظهور فجوة بين أجور هذه الفئات والفئات الحرفية والى خلل فى بعض المفاهيم والقيم .

• حدوث خلل بين العرض والطلب فى مجال العمالة فى التخصصات المختلفة ، صاحبه عدم امكان التخطيط لها والتننبؤ بالاحتياجات المستقبلية منها ، وذلك لعدم توافر البيانات اللازمة لمخططي التدريب والتعليم التى تساعد على وضع سياسات للقبول بمراكز التدريب ومعاهد التعليم تكفل توازن العرض مع الطلب .

التوصيات

برزت من خلال الدراسة السابقة وما دار حولها فى اجتماع المجلس من مناقشات ، مجموعة من الآراء والاتجاهات ، فى مقدمتها مايتى :

– ان صدور القانون رقم ١١ لسنة ١٩٨٢ بشأن الهجرة ورعاية المصريين فى الخارج ، قد حسم موضوع الخلاف حول هجرة العمالة بين التأييد والمعارضة ، فنظر اليها على انها ثروة قومية ينبغى الحفاظ عليها ورعايتها وزيادة وسائل نفعها والانتفاع بها .

– ينص الدستور (م ٥٢) على أن للمواطنين حق الهجرة الدائمة أو الموقوتة الى الخارج وينظم القانون هذا الحق واجراءات وشروط الهجرة بمغادرة البلاد . ومن ثم فان حماية الأفراد فى الهجرة للعمل بالخارج ، لايتناقض مع تنظيم ضوابط لخروج بعض التخصصات التى يعانى الاقتصاد القومى نقصا فيها ، وينبغى ان يقترن ذلك ببعض الحوافز المغرية التى تدفعهم الى الخدمة فى الداخل .

– ان سياسة الهجرة ينبغى أن تكون احد المقومات الاساسية فى سياسة تخطيط القوى العاملة ، بحيث يسهل وضع الخطط الكفيلة بتدبير الحجم والنوعيات المطلوبة وفى الوقت المناسب ، دون تعريض القوى

العاملة اللازمة للتنمية القومية الى عجز فى قدراتها .

– ومن ثم ينبغى العمل على مايتى :

• إعداد سياسة قصيرة الاجل وأخرى طويلة الاجل وخاصة بالنسبة للهجرة الدائمة .

• النظر فى تقييم اعمال اللجان المختصة بتدريب العمالة المهاجرة ، تمهيدا لتوحيد جهة التدريب ولتكن وزارة الهجرة وذلك وفقا لقانون الهجرة .

• أن رعاية المهاجرين هجرة دائمة ، تحتاج الى مزيد من الاهتمام وخاصة بالنسبة لاولادهم ، مما يحتاج الى دراسة خاصة .

– النظر فى انشاء صندوق للتنمية الاجتماعية ، يمول عن طريق التحصيل الاختيارى من العاملين فى الخارج ، وذلك باشتراك دورى محدود .

– ان الحديث عن الآثار السلبية لوجود العمالة المصرية بالخارج ، لايعنى انتفاء النفع منها ، بل يقصد فى المقام الاول تدارك هذه الآثار باتخاذ تدابير مناسبة تعود على البلاد بالانتفاع الكامل من هذه القوة الفعالة ، داخليا وخارجيا .

– ان ماظهر عندنا حديثا من اتجاه لاستيراد العمالة الصغرى من الخارج ، امر يستدعى الاهتمام من خلال دراسة جادة لمعرفة آثاره ومواجهته .

وعلى ضوء ماسبق وماوصلت اليه دراسات المجالس القومية بشأن الدراسات الآتية .

• سياسة اقتصاديات مدخرات المصريين العاملين بالخارج .

• سياسة الرعاية الاجتماعية للمصريين العاملين بالخارج .

• سياسة التدريب الحرفى والمهنى .

• اتجاهات رئيسية لتطوير وتنمية القرية .

يوصى بمايتى :

أولاً : فى مجال توفير البيانات الاحصائية والمعلومات :
، إنشاء بنك للمعلومات ، لتوفير البيانات والمعلومات والبرامج
وأساليب التدريب المخلفة ، والاحصاءات المتعلقة بالقوى البشرية ، سواء
بالسوق المحلية ، أو بالسوق الخارجية ، من حيث الاحتياجات منها
بمميزات المطلوبة ، مع العمل على تنظيم اختزان هذه المعلومات
وتطوير تصميمها باستخدام التقنيات الحديثة ، لسرعة توفير البيانات
ودقتها .

– مع توفير البيانات اللازمة للمعاهد والمراكز التى تقوم بإعداد
العمالة المدربة ومقارنة الاحتياجات الفعلية من هذه العمالة اللازمة لمصر
أولاً ، وللبلاد العربية ثانياً ، بقدرات هذه المعاهد والمراكز على التخرج ،
وأن يتم ذلك بأسلوب احصائى علمى دقيق .

* التعاون الجاد والفعال والتنسيق بين الجهات المختلفة المعنية
بالهجرة الخارجية لخصر جميع العاملين بالخارج ، فى فترة زمنية
محددة وكذلك العاملين العائدين الى الوطن تمهيدا للافادة من خبراتهم
وخدماتهم فى المشروعات الداخلية

وفى هذا الاتجاه يمكن اتخاذ الاجراءات الآتية :

– التزام المغترب باستيفاء استثماره للاقتراب تشمل : الاسم
والسن ، والمؤهلات ومحل نوع العمل بالخارج وأسماء الاقارب وعناوينهم
وتليفوناتهم .

– ثم تسجل بيانات الاستثمارات فى جهاز الكمبيوتر بوزارة الهجرة
لتيسير مهمتها فى عمل الاحصاءات والدراسات اللازمة فى مجال
الهجرة .

ثانياً : فى مجال توفير العمالة للأسواق الخارجية دون
إخلال بحاجة سوق العمل فى مصر :

* إصدار تشريع متكامل للثروة البشرية : اعدادا وتدريباً ، على
المستوى القومى .

* تحديد احتياجات السوق الداخلى من القوى العاملة فى ضوء
استراتيجية التنمية الاقتصادية والاجتماعية وخطتها الطويلة والمتوسطة
والقصيرة المدى ، مما يستدعى ترجمتها الى تقديرات عن العمالة : عدداً
وتخصصاً وتاريخ توافرها .

* تقدير احتياجات الاسواق الخارجية للعمالة بالدول المستوردة لها
وذلك حتى لا تؤثر على احتياجات السوق المحلى وذلك عن طريق
مايتى :

– دراسة اتجاهات التنمية فى هذه الدول وحاجتها الى العمالة .
– دراسة سياسة استخدام العمالة الاجنبية فى هذه الدول ، وخاصة
العمالة المصرية . مع الاخذ فى الاعتبار اتجاه بعض الدول العربية الى
استخدام العمالة الاسيوية .

– دراسة تأثير تنفيذ التكامل مع السودان على حركة القوى العاملة
واحياجات سوق العمل فى مصر .

* مقارنة الاحتياجات الكلية لسوق العمل فى الداخل والخارج ،
بالمخطط تخريجه فى السنوات القادمة من العمالة من ناحية الكم والكيف
وليتسنى رسم سياسة سليمة للاستخدام الكامل للقوى العاملة ، بما يكفل
الاكتفاء الذاتى منها ، وعدم اللجوء الى استخدام عمالة أجنبية .

* وضع سياسة للتعليم تعمل على سد الاحتياجات من التخصصات
المختلفة وخاصة الفنية الرفيعة – كمحلى أنظمة الحسابات الالكترونية
وواضعى برامجها ، والتخصصات التطبيقية والهندسية – بالقدر المطلوب
داخلى الوطن ، للوفاء بحاجات الدول الأخرى منها فى الأجلين المتوسط
والطويل ، نظراً للاتجاه الى زيادة الطلب عليها لتطوير برامج التعليم
بوجه عام للوفاء باحتياجات سوق العمل ، مع إعداد برامج التدريب
المختلفة لمواجهة الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلية
والسوق الخارجية ، عن طريق تحليل وتصنيف الاعمال وتحديد المهارات
اللازمة لإعداد العامل بالمستوى المطلوب . مع الاخذ فى الاعتبار تطوير

هذه البرامج بما يتمشى وأساليب التدريب الحديثة ، وبما يناسب وسائل و مواد وأدوات الانتاج .

* إعداد برامج التدريب التحويلي للعمالة الزائدة فى قطاعات الحكومة المختلفة وفى القطاع العام ، لتحويل هذه العمالة الى يد عاملة منتجة ، بما يتفق مع التقدم التكنولوجى ، لسد العجز فى بعض نوعيات العمالة ولتلبية بعض احتياجات السوق الخارجية .

ثالثا : فى مجال تنشيط الهجرة وتنظيمها :

* اقرار دبلوماسية نشطة ، لابرار اتفاقيات ثنائية واجتماعية ، لتتيح للعمالة المصرية فرص العمل المناسبة والكرامة ، وتضمن حمايتها ورعايتها الصحية والاجتماعية من خلال شبكة من المكاتب العمالية التى تغطى الدول المستفيدة من العمالة المصرية .

* دراسة مشاركة الدولة أو شركات القطاع العام فى تنفيذ مشروعات متكاملة بالدول المستوردة للعمالة المصرية وطرق اسواق جديدة بالاسلوب نفسه فى الدول الاخرى .

* إعلام المواطنين بفرص العمل المتاحة فى الخارج ، وبالاجراءات السليمة التى يجب عليهم اتباعها لانهاء تعاقدهم وسفرهم ، حماية لهم من الاستغلال والانحراف مع تأهيلهم للحياة الجديدة فى الدول التى سيعملون بها .

* تعريف اصحاب الاعمال بالدول المستوردة للعمالة ، بنوعيات العمالة المصرية المتوافرة ومستوياتها ووسيلة الاتصال بها ، عن طريق الاجهزة المعنية التى توفر لها خدمات الاختيار والاختبار.

* التركيز - فى الفترة الحالية - على ترشيد الهجرة المؤقتة بما يساعد على توازن سوق العمل فى الداخل ، ويساهم فى مساندة الاقتصاد القومى .

رابعا : فى مجال رعاية الايدى العاملة المصرية بالخارج :

* تعيين ملحق اجتماعى فى مناطق الاغتراب التى يعمل بها أكثر

من ٥٠ ألف مصرى لرعايتهم اجتماعيا ، وليكون رابطة الاتصال بينهم وبين وزارة الهجرة وسفارتنا والدولة التى يعملون بها ، ويمكن أن يقوم بهذا العمل الملحق العمالى ان وجد .

* رعاية المهجرين تأمينيا ، وذلك بالنظر فى مد مظلة التأمينات لتشملهم جميعا . مع دراسة امكان تخفيض اشتراكات التأمين الاجتماعى ، وجعله الزاميا .

* ان تهتم الاتفاقيات الثنائية بين مصر والدول المضيفة للعمالة ، بالوسائل الكفيلة بحمايتهم . وخاصة حماية حقوق العاملين قبل رجال الاعمال وتحديد مستحقاتهم التأمينية .

* تيسير اتصال العاملين بالخارج بذويهم ، وذلك عن طريق مايتأتى :

- الاخذ بنظام البريد العاجل ، واستلام البريد من المطار وتوزيعه بصفة عاجلة عن طريق جهاز خاص ، لقاء رسم اضافى وكذلك الحال بالنسبة للبرقيات .

- اشتراك مصر فى عدد مناسب من خطوط الأتقار الصناعية تيسيرا لاتصال المغترب بذويه تليفونيا .

* تسهيل وتشجيع زيارة المغتربين للوطن ، من خلال الرحلات المخفضة عن طريق وزارة السياحة والطيران المدنى .

* إصدار كتيبات بمعرفة وزارة الهجرة يهتدى بها المصرى فى مناطق الاغتراب وتتناول :

- طبيعة الجو فى منطقة الاغتراب وما فيها من محاذير - كحالة مياه الشرب - وكيفية التعامل معها .

- التقاليد والعادات السائدة فيها وبيان ماهو مسموح به وما هو محظور منها وذلك حتى لايفاجأ المصرى بأنه خرج على عادات البلد

الذى يعمل فيها دون أن يدرى .

- العملات المتداولة بالبلاد الأجنبية وعلاقتها بالجنيه المصرى ، مع

ذكر ما يجب على المغترب في هذا المجال تفاديا للاضرار باقتصاد بلاده .

* تقوية الارسال الاذاعي حتى يصل الى الخارج بوضوح ، ويمكن في هذا المجال تقوية اذاعة معينة أو استعمال الاذاعات الموجهة وأن تخصص ساعة محددة ليلا لاذاعة اخبار مصر كاملة ، مع خلاصة وافية لما نشر بالصحف والمجلات وذلك دعما لارتباط العاملين في الخارج بوطنهم ، وتقوية لشعورهم بالانتماء .

* ربط المهاجرين بالوطن الام ، من خلال تكوين الروابط والنوادي وفي اطار قوانين الدول التي يوجدون بها .

- مع اتخاذ الوسائل الكفيلة بنشر اللغة العربية والتربية الدينية بين المهاجرين هجرة دائمة ، وخاصة الجيل الثاني المتمثل في ابنائهم .

* العمل على انشاء روابط صداقة بين مصر والبلاد التي يعمل بها مصريون يدون في سجلاتها جميع البيانات الخاصة بالمصريين العاملين بها ، حتى تكون هذه الروابط حلقة اتصال بين المصري بالخارج واقاربه في مصر . على أن تشرف عليها السفارات المصرية ، تدعيما للصلة بين هؤلاء العاملين وسفاراتهم وهو أمر يؤدي الى مزيد من الشعور بالانتماء .

خامسا : في مجال تنمية مدخرات العاملين بالخارج ، وتنظيم الانتفاع بها :

* العمل على تشجيع المصريين بالخارج على الحد من انفاقهم ، وحفزهم على ذلك بتوفير فرص استثمار مفيدة امامهم . ويمكن في هذا المجال انشاء شركات استثمارية مساهمة تعرض عليهم للاكتتاب فيها من خلال مكاتب التمثيل التجاري .

* انشاء شركات مقاولات مصرية أو مشتركة بالدول العربية المجاورة تقوم باستخدام عمالة مصرية في مواقع العمل ، حيث تتولى هذه الشركات ترحيل هذه العمالة ذهابا وعودة .

* وضع نظام ثابت ومستقر للقواعد التي تحكم تحويلات مدخرات العاملين ، بما يضمن الثقة والطمأنينة في تحقيق الاستفادة القصوى منها ووضع سعر صرف مناسب للعملات الاجنبية المختلفة .

* تشجيع الادخار بالجنيه المصري ، مع التأكيد على مواصلة الرفع التدريجي لاسعار الفائدة التي انتهجها البنك المركزي في السنوات الاخيرة ، وصولا الى اسعار فائدة تتناسب مع معدلات التضخم المحلي ، مع التحوط من آثار هذا الرفع على تكلفة الاستثمار ومن ثم على زيادة الاسعار .

* ترشيد الاستيراد بدون تحويل عملة ، حتى يسهم في تغطية النقص من السلع الاساسية ومستلزمات الانتاج .

سادسا : في مجال تدارك الآثار السلبية لهجرة العمالة :

* اتخاذ الاجراءات الكفيلة بتنفيذ واحترام التشريعات التي تحد من امتداد المبانى على الاراضى الزراعية وتشجيع التوسع في انشاء المدن الجديدة في المناطق الصحراوية وسيناء .

* التوسع في استخدام الميكنة الزراعية ، لتعويض النقص الشديد في العمالة الزراعية ، ووضع خطة عاجلة لإعداد الكوادر الفنية اللازمة ، مع التأكيد على ان تتضمن هذه الخطة برامج تنفيذية لتدريب العمال الزراعيين على استخدام الآلات الزراعية الحديثة .

* ضرورة العمل ، من خلال تخطيط جاد وفعال ، على ان تعود القرية المصرية الى كفاية نفسها بنفسها ، عن طريق إحياء الصناعات الصغيرة بعد تطويرها طبقا لمقتضيات العصر وذلك باستخدام الوسائل والادوات الحديثة كلما امكن ذلك .

* وضع سياسة مجزية للاجور وربط الاجر بالكفاءة الانتاجية ، بما يكفل زيادة الانتاج ، وتنمية موارد الدولة ، وعدم تسرب العمالة المختلفة ذات الكفاءة العالية الى الخارج ، وحث الأفراد على الاتجاه الى التعليم الفنى الصناعى ، والحد من الاستهلاك الخاص .

سياسة رفع الكفاية الانتاجية

مفهوم الكفاية الانتاجية :

يقصد بالكفاية الانتاجية الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية المتاحة ، حيث تعنى الاستفادة الرشيدة بكافة مقومات الانتاج وعناصره لتحقيق الانتاج الأفضل ، وهى بهذا المفهوم تعتبر مقياسا لمدى التشغيل الاقتصادى ومعيارا لمدى الناتج من استخدام كل عناصر الانتاج ، أو أحد عناصره ، ومؤشرا لمدى الاستفادة منها ، كما أنها تمثل النسبة بين المخرجات بكافة أنواعها : صناعية كانت أو زراعية أم تجارية أو خدمية وبين المدخلات وهى جميع العناصر التى دخلت فى هذا الانتاج أثناء مراحلها المختلفة ، فى وقت محدد ، وذلك لاشباع الرغبات المتعددة والمتباينة لأفراد المجتمع .

وينطبق هذا التعريف على أى نشاط على المستوى القومى ، سواء كان انتاجيا أو خدميا .

وتعبر الكفاية الانتاجية عن الكم والكيف معا ، فيمكن مثلا تحديد كفاية آلة معينة عن طريق حساب الوحدات التى تنتجها ، أو مقدار الطاقة التى تستهلكها ، وقد يقاس نمو الانتاجية ، بعوامل أخرى مثل تكلفة العمالة أو تكلفة الآلات أو مصروفات البيع للحصول على تحديد

عاملى الكم والكيف معا .

وهناك أمثلة توضح أهمية رفع الكفاية الانتاجية ، فمثلا تزداد انتاجية الأرض الزراعية عندما يزداد انتاجها من الحاصلات باختيار بنور جيدة ، أو باستخدام أسمدة مناسبة مما يترتب عليه زيادة الانتاج وانخفاض تكاليفه .

والكفاية الانتاجية هى المقياس الحقيقى للتقدم الاقتصادى ، وهى العامل الفعال الذى يقرر سرعة تقدم البلد نحو الرفاهية وزيادة دخل الفرد ورفع مستوى معيشته ، فزيادة الانتاجية فى مجال الأنشطة الاقتصادية يؤدى الى اتاحة المزيد من السلع الانتاجية والاستهلاكية ، والى تحسين ظروف العمل وتخفيض ساعاته ونفقات انتاجه ، واتاحة قدر أكبر من المنافسة فى الأسواق الخارجية والحصول على مزيد من العملات الصعبة ومن هنا كانت الكفاية الانتاجية سببا رئيسيا فى تقدم الدول اقتصاديا واجتماعيا .

الكفاية الانتاجية فى مصر :

امتدت حركة الكفاية الانتاجية الى مصر فى وقت متأخر نسبيا وذلك بسبب قيام حركة التصنيع فى أول الأمر على جهود فردية ، فلم تهتم بتقدم فنية الصناعة ، وقد ساعد على ذلك ضعف الحركة النقابية عموما . الا أنه بعد نهاية الحرب العالمية الثانية وزوال العوامل الاستثنائية التى ساعدت على ازدهار الصناعة المصرية طوال فترة الحرب ، وبدأت الصناعة المصرية تواجه كساد حادا ، الامر الذى اضطرها الى التحول الى سياسة جديدة تقوم على تجديد آلاتها وتطوير وسائل انتاجها ورفع مستوى كفايتها الانتاجية .

وهى أواخر الخمسينات - بعد قيام ثورة ٢٣ يوليو - بدأ الاهتمام بنظريات ووسائل الترشييد وبرامج رفع مستوى الكفاية الانتاجية ، واهتمت لجنة السنوات الخمس لشئون العمل والعمال بموضوع الكفاية الانتاجية وأوصت ببرنامج محدد فى هذا المجال كلفت بتنفيذه يومئذ ، مصلحة العمل بوزارة الشئون الاجتماعية ، وكان من ثمار هذا البرنامج :

- انشاء مجلس أعلى للتدريب المهني والكفاية الانتاجية في عام ١٩٥٤ يضم ممثلين للعمال وأصحاب الأعمال بجانب ممثلي السلطات الحكومية المختصة . وقد عهد اليه بمستويات التوسع الرأسى فى الانتاج عن طريق التدريب وترشيد وسائل العمل والانتاج ومواكبة التقدم التكنولوجى بوجه عام كما انشئ المجلس الدائم لتنمية الانتاج القومى فى أوائل عام ١٩٥٣ ، والمجلس الدائم للخدمات العامة الذى انشئ أيضا فى أواخر نفس العام ليقوم بتنسيق مختلف الخدمات العامة التى تقدمها الدولة ويعمل بالوسائل المناسبة على رفع مستوى الخدمات العامة مع خفض نفقة هذه الخدمات بقدر الإمكان وقد توقف هذا المجلس عقب انشاء وزارة الصناعة فى عام ١٩٥٦ .

- انشاء مركز نموذجى للتدريب والكفاية الانتاجية بالتعاون مع منظمة العمل الدولية ، وقد زود هذا المركز بعدد كبير من الخبراء الدوليين فى اعداد وتنفيذ برامج التدريب المهني وفى بحوث ووسائل رفع مستوى الكفاية الإنتاجية وقد حول هذا المركز الى مصلحة حكومية تابعة لوزارة الصناعة عقب انشائها تحت اسم مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني . ومن أهم اختصاصات هذه المصلحة :

• إعداد وتدريب متخصصين للعمل بالوحدات الاقتصادية فى مجالات الكفاية الانتاجية المختلفة .

• انشاء مراكز للكفاية الانتاجية بالمناطق الصناعية .

• انشاء مراكز للتدريب المهني بالمناطق الصناعية لاعداد وتدريب العمالة اللازمة للصناعة ورفع مستوى مهارة العمال القائمين بالعمل .

• اعداد وتدريب المدربين اللازمين لمراكز التدريب المهني .

• انشاء معهد للاستشارات الصناعية لإعداد وتدريب المستشارين

اللازمين للوحدات الاقتصادية لحل المشكلات التى تعترض الانتاج .

الكفاية الانتاجية ومستوى معيشة الأفراد :

هناك طريقتان رئيسيتان لرفع مستوى معيشة الفرد :

الاولى ، عن طريق استغلال رؤوس أموال جديدة فى زيادة فرص

العمل وتأمينها للأفراد وهذا مايسمى بالتوسع الأفقى .

الثانية ، عن طريق استغلال الامكانيات المتاحة بأقصى كفاءة ممكنة ، سواء كانت امكانيات صناعية أو زراعية للحصول على أكبر انتاج ممكن منها مما يؤدي الى خفض سعر تكلفة المنتجات ، لتكون فى متناول طاقة الفرد الشرائية وبالتالي رفع مستوى معيشته ، وهذا ما يسمى بالتوسع الرأسى .

ويحقق ارتفاع الكفاية الانتاجية رفع مستوى معيشة الفرد ، ومن المؤشرات الدالة على ذلك مايلى :

• ارتفاع الكفاية الانتاجية فى شركات القطاع العام بنسبة ٥٪ يؤدي إلى زيادة الدخل القومى بما يعادل حوالى ٥٠٠ مليون جنيه . « عن دراسة ميدانية قامت بها مجموعة من الخبراء من البنك الدولى والجامعة الامريكية على شركات القطاع العام فى ١٩٨١ » .

• انخفاض تكاليف الانتاج أو زيادة الانتاج باستخدام نفس الامكانيات المتاحة .

• ارتفاع دخل الفرد نظير زيادة انتاجه عن طريق نظم الحوافز والمكافآت التشجيعية .

• ارتفاع الكفاية الانتاجية يعنى انتاج الكميات المطلوبة بنفس الامكانيات المتاحة وفى وقت أقل ، وهذا الوفرة فى الوقت يمكن استخدامه فى انتاج جديد تكون البلاد فى احتياج اليه ، بدلا من استيراده من الخارج ، وهذا يعنى توفير العملات الأجنبية وزيادة الدخل القومى وانتاج منتجات جديدة مثل الثلاجات والغسالات الكهربائية وغيرهما من مستلزمات الحياة الضرورية بتكاليف أقل من المستوردة ، مما يعمل على تحسين الأحوال المعيشية للأفراد .

العمالة والأجور الانتاجية :

اهتمت الدولة باتاحة فرص عمل جديدة للأفراد حتى تتمشى الى حد ما مع الزيادة المرتفعة فى عدد السكان والتى تبلغ حوالى ٢.٥ ٪ سنويا وفيما يلى بيان عن فرص العمل فى بعض الاعوام :

• عام ١٩٧٧ ٢١٤ ألف فرصة عمل

• عام ١٩٨١ / ١٩٨٢ ٤٦٦ ألف فرصة عمل

• الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٦ ٢.١ مليون فرصة عمل متوقعة
بمتوسط زيادة سنوية في فرص العمل تبلغ حوالي ٤٢٠ ألف مشغل .
وبذلك يرتفع عدد المشتغلين في الأنشطة الاقتصادية في عام ١٩٨٧/٨٦
الى ١٣.٨ مليون مشغل مقابل ١١.٧ مليون مشغل في ١٩٨٢/٨١ .

وفي سبيل اتاحة فرص العمل خططت الدولة خطوات كبيرة في
مجالات التنمية المختلفة فأنشأت القطاع العام والمصانع العديدة في
أوائل الستينات ، فضلا عن إجراء توسعات بالمصانع القائمة استوعبت
آلاف العمال .

كما قامت بوضع نظم للأجور والحوافز والمكافآت التشجيعية
وخفضت ساعات العمل الأسبوعية من ٤٨ ساعة الى ٤٢ ساعة ، وحددت
الحد الأدنى للأجور في الشهر بمبلغ ٧ جنيهاً رفعت الى ١٢ جنيهاً في
١٩٧٨ ثم الى ١٦ جنيهاً في ١٩٧٨ وأوصلته إلى ٣٥ جنيهاً ابتداء من
أول يوليو ١٩٨٤ ، الأمر الذي أدى الى الارتفاع بدخل العامل . وقد
حرصت الدولة على زيادة الانتاج ، فأصدرت القرار الجمهوري رقم
٣٥٤٦ في نوفمبر ١٩٦٢ والخاص بنظام العاملين بالشركات التابعة
للمؤسسات العامة والذي اهتم بتطوير الأجور وجعله يرتكز على نظام
تقييم الوظائف ، على أساس تحديد حد أدنى لأجر العامل يتناسب مع
العمل الذي يقوم به ، وتم تقييم الأجر طبقاً للعناصر المختلفة
المؤثرة فيه .

وبرغم صدور القرار الجمهوري رقم ٣٥٤٦ المشار اليه وما تلاه من
تشريعات في مجال تطوير نظام الاجور وتقييم الوظائف ، فقد كشفت
دراسات تمت في القطاع العام عن السلبيات الآتية :

• ارتفاع نسبة البطالة المقنعة بين العاملين .

• انخفاض عدد ساعات العمل المنتجة .

• ارتفاع نسبة اجمالي الاجور الى الناتج القومي حيث بلغت نسبته

حوالي ٣٩٪ في عام ١٩٨١ / ١٩٨٢ مما يعني أن جزءاً كبيراً من الناتج
القومي يتم تخصيصه للأجور .

• أشار تقرير البنك المركزي لعام ١٩٨٠ / ١٩٨١ الى أن معدل
الزيادة في الاجور ١٤.١٪ في حين أن معدل الزيادة في الانتاج ٥ ٪
مما يعني زيادة الضغوط التضخمية .

• يحصل العامل على اجر وحوافز وعلاوة دورية سنوياً بغض النظر
عن انتاجيته .

• يحصل معظم العمال على حوافز شهرية تصل في بعض الاحيان
الى ١٠٠ ٪ أو أكثر وهذا يعني أن معدل الانتاج النمطي منخفض جداً .
وقد أثر كل ذلك مباشرة على تكلفة المنتجات التي أخذت في
الارتفاع سنة بعد أخرى بنسب كبيرة ، وأصبحت خارج القدرة الشرائية
للكثير من المواطنين . مما دعا الدولة الى دعم كثير منها بملايين
الجنيهاً ، وهو أمر يستدعى سرعة العمل على تطوير نظم الاجور على
أسس علمية سليمة .

العوامل المؤثرة في الكفاية الانتاجية :

إن العوامل المؤثرة في الكفاية الانتاجية يؤثر بعضها على بعض
ولذلك فإن دراسة هذه العوامل لايتأتى الا من خلال تقسيمها الى
مجموعات تضم كل مجموعة عدداً من العوامل المتشابهة ، على أن أهم
مجموعتين من مجموعات هذه العوامل هما : مجموعة العوامل المادية
والتي تتمثل في المواد الخام والآلات والمعدات وقطع الغيار ورأس المال ،
ومجموعة العوامل البشرية والتي تنقسم بدورها الى عنصرين أساسيين
هما : العمل المادي والفني ، والعمل الإداري والتنظيمي . وتعتبر الإدارة
أهم عنصر من عناصر مجموعة العوامل البشرية فهي التي تعمل على
الوصول بالانتاج الى مستوى أداء أفضل كما وكيفا عن طريق
الاستخدام الأمثل لكافة عوامل الانتاج خلال فترة زمنية محددة ، وهي
التي تحقق التنسيق بين عناصر الانتاج المختلفة حتى لايتعطل منها
عامل أو يساء استخدامه أو يستغل بأقل من طاقاته ، الا أن ذلك لا يقلل

من أهمية العوامل الأخرى ، فلعامل الوقت أهميته فى عمليات التخزين والتمويل ، ولعامل الكم أهميته فى حجم المواد التى يحتاجها الانتاج ، ومراعاة ظروف الوفرة أو الندرة بالنسبة للمواد الخام ، ولعامل الكيف أهميته فى جودة المواد الخام وطريقة معالجتها اثناء العملية الانتاجية .

أهم العوامل المؤثرة فى الكفاية الانتاجية :

(١) التدريب المهنى :

تعمل برامج التدريب المهنى على بلوغ الكفاية الانتاجية للعامل حدها الأمثل نتيجة حسن اختيار الفرد للعمل الذى يتناسب مع ميوله واستعداداته وحسن تدريبه .

وقد تعددت مراكز التدريب المهنى فى مصر ، تحت رعاية وزارة الصناعة ، بيد أن التجربة أوضحت أن هذه المراكز لاتأخذ فى اعتبارها الاحتياجات الفعلية للمشروعات مما أدى الى حدوث فجوة بين برامج التنمية وسياسة الاستخدام وبين سياساتى التعليم والتدريب ، كان من نتيجتها وجود فائض فى خريجى بعض هذه المراكز ، وعجز فى خريجى بعضها الآخر ، وقد تطلب الامر انشاء مجلس أعلى للقوى العاملة والتدريب فى ١٩٧٦ ثم حل محله المجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب فى عام ١٩٨٢ .

ويمكن تلخيص الوضع القائم فى مجال التدريب المهنى فيما يلى :

– التدريب بمراكز التدريب المهنى التى أنشأتها مصلحة الكفاية الانتاجية ، وهى أكثر أجهزة التدريب تقدما من حيث التجهيز الآلى وبرامج التدريب ومستوى المتدربين ، وقد ألحقت هذه المراكز بوزارة الاسكان ، وبعض المراكز الصناعية حسب التخصص النوعى لكل منها .

– التدريب فى المدارس الفنية والمهنية الصناعية والزراعية والتجارية التى تعاني من زيادة أعداد الملحقين بها وتخلف التجهيزات .

– التدريب بالممارسة فى أماكن العمل (التلمذة الصناعية) وهو يتفاوت فى جودته ومستواه تبعا للمنشآت المدربة فهو أفضل فى المنشآت الكبيرة عنه فى المنشآت الصغيرة .

٤٧٢

(٢) التعليم والتوجيه المهنى :

ينبغى قبل البدء فى التدريب ، اجراء اختبارات فنية ونفسية يقوم بها خبراء التوجيه المهنى بفرض التعرف على الميول والاستعدادات الحقيقية لكل عامل ، وحتى يمكن من البداية توجيه العامل الى العمل الذى يناسب استعداداته الطبيعى وميله النفسى .

هذا ولما كانت المهارة فى عصرنا الحاضر تركز على العلم والتكنولوجيا فيجب أن يتزود العامل بالحد الأدنى من الثقافة الذى يقتضيه جو الحياة الصناعية الحديثة وهو ماتكفله له مرحلة التعليم الأساسى . ولما كان التعليم مرحلة سابقة على التدريب فانه من الضرورى أن يكفل تطوير نظم التعليم ووسائله وبرامجه – وفقا لمبادئ التوجيه المهنى – الكشف فى وقت مبكر عن الميول والاستعدادات الطبيعية للنشء والتى تساعد على ابرازها وهذا يقتضى :

• مراعاة الفوارق الفردية فى القدرات والاستعدادات والميول عند تقرير مواد الدراسة التى تدرس للتلاميذ بحيث يترك للطالب فرصة اختيار المواد المناسبة له والتى يرغب فى دراستها ، علاوة على المواد الأساسية الواجب دراستها .

• اعطاء التلاميذ فرصة ممارسة بعض الهوايات أو دراسة بعض المواد العملية خارج الوقت المخصص للدراسة

• استخدام طريقة المشروع حيث يشترك التلاميذ فى مشروع جماعى يستخدمون أثناءه معلومات من مختلف المواد الدراسية ، وبحيث يكفل إعداد الطالب إعدادا علميا .

• دراسة التلاميذ للبيئة المحيطة كمطلق للحصول على معلومات متنوعة ومتكاملة من مختلف المواد الدراسية .

(٣) التنسيق بين سياسات الاستخدام والتعليم والتدريب :

أن التوازن بين القوى العاملة المتاحة كما وكيفا وبين فرص العمل المتوافرة لايمكن تحقيقه بدون التنسيق بين سياسات الاستخدام والتعليم والتدريب ، والتوازن النوعى أكثر أهمية من التوازن الكمى لما له من قدرة

على التكيف مع مشروعات التنمية ، ويتم التنسيق بين هذه السياسات على ضوء التقديرات طويلة الأمد لاحتياجات مشروعات التنمية من القوى العاملة . كما يدخل أيضا في مجال التنسيق مراعاة التوازن بين سن العمل وبين مرحلة التعليم الاساسى ، حيث يلزم عند رفع الحد الأدنى للتعليم رفع الحد الأدنى لسن التشغيل ، كى لا يترك التلاميذ دراستهم فترفع نسبة المتسربين من التعليم من جهة ، وينخفض مستوى الكفاءة الانتاجية لصغار العمال من جهة اخرى .

٤) كفاءة التنظيم :

والتنظيم الكفء هو التنظيم القادر على تحقيق أهدافه ، بمعنى أنه بمكوناته المختلفة ، وبالوظائف التى يشملها ، يستطيع أن يسير قدما نحو تحقيق أهدافه فى الوقت المناسب وبالتكلفة الملائمة ، فإذا كانت طرق الاتصال وحدود السلطات والمسئوليات وحجم ونوع الاختصاصات للوظائف القائمة بالتنظيم تسير سيرا طبيعيا يوفر المقومات الحيوية للهيكل التنظيمى ، فإن ذلك يؤدي الى انجاز العمل بالطريقة الصحيحة ، وفى الوقت الملائم وبالتكلفة المناسبة ، أما إذا كانت الوظائف متداخلة فى الاختصاص ، ومتنازعة فى السلطات ، أدى ذلك الى حدوث ارتباك وصراع وتسبب وعرقلة لتدفق العمل ، فالتنظيم السليم هو الذى يساعد على رفع الكفاءة الانتاجية بما يتجه للإدارة من ممارسة دورها والعمل على استغلال الموارد المتاحة أفضل استغلال .

العلاقات الطيبة والتعاون مع القوى العاملة :

فالنظرة الى الكفاءة الانتاجية ارتكازا على المنصر البشرى العامل فى الانتاج تؤكد أن نوع الادارة وكفاءة القيادة واتجاهات العمال وميولهم واهتمامهم وولاهم تمثل عناصر هامة يتعين دراستها وتحليلها لمعرفة وتحديد مدى تأثيرها على الانتاج ، وتكمن الصعوبة فى زيادة الكفاءة الانتاجية فى كيفية استخدام أقصى طاقات العنصر البشرى الفنية والعلمية والعملية والسلوكية ، ومن ثم فإن العمل على رفع الروح المعنوية للعاملين وربطها بالانتاجية يمثلان احدى الوسائل الايجابية

لتحقيق زيادة ونمو الكفاءة الانتاجية خصوصا وأن للعمال فى تحسين الكفاءة الانتاجية دورا رئيسيا ، فاقترحات الاستخدام الأمثل لعناصر الانتاج وتطوير الآلات والمعدات أو ادخال تحسينات عليها تزيد من كفاءتها أو تصنيع قطع غيار لها أفضل وأقل تكلفة ، انما يأتى من جانب العمال ، لأنهم بحكم موقعهم فى الصفوف الأولى للانتاج ، وحاجتهم ومصاحبتهم للآلات والمعدات تجعلهم أقدر على تحقيق امكانات التنفيذ ، وعلى تفهم مشكلات الانتاج ، وتقديم المقترحات الفعالة لحل هذه المشكلات .

حسن تخطيط المصنع :

فالتخطيط الجيد للمعدات والمكينات وتقريب المسافات التى تقطعها المنتجات والخامات داخل المصنع أثناء التشغيل يشكل أهمية بالغة فى زيادة الانتاج وتوفير الوقت والجهد الضائع فى النقل وتقليل الحوادث والاصابات ، وذلك بجانب التجهيز الآلى للآلات والادوات المستخدمة فى المصنع ومدى صلاحيتها للعمل وتمشيها مع التطور التكنولوجى .

دراسة طرق العمل وأساليبه :

بهدف الوقوف على مشكلات الانتاج والتقليل من اهدار الوقت والجهد وذلك بتحليل طرق العمل وخطواته وتبسيطها وتنظيم مكان العمل وتهنيته واستعمال العمال للحركات البسيطة لليدين والارجل دون ارهاق .

التحكم فى تكاليف الانتاج :

بتطبيق نظم التكاليف التى تعمل على التحكم فى تكلفة المنتجات وضبطها عن طريق تحديد تكلفة المنتجات النمطية ومراقبة تكلفة كل عملية انتاجية وتقصى أسباب انحرافها عن التكلفة النمطية .

تخطيط ومراقبة الانتاج وجودته :

بهدف استغلال كافة الامكانات المتاحة بأقصى كفاءة ممكنة على زيادة الانتاج ورفع مستوى جودته بتقليل التالف من المنتجات ومراقبة مطابقتها للمواصفات المطلوبة سواء فى أثناء مراحل التشغيل أو كمنتجات نهائية مع الحرص على عدم تراكم الخامات بالمصنع .

تخفيض الفاقد :

الفاقد نوعان نوع تفرضه طبيعة العمل وظروفه كالفقد فى المواد الخام أثناء الشحن والتفريغ والتخزين والوقت الضائع فى تنقلات العمال أو تعطيل الآلات وإصلاحها ، وهذا النوع يمكن الحد منه ، ونوع ثان ينشأ عن عمد أو إهمال أو سوء فى التنظيم أو الإدارة وهذا يمكن التغلب عليه بتصحيح الإجراءات وإدخال التعديلات والتحسينات اللازمة على الأداء والوقت والتكلفة أثناء مراحل الإنتاج المختلفة .

توفير سبل الأمن الصناعى :

يعمل على تجنب الاخطار داخل المنشأة والحفاظ على الايدى العاملة من الحوادث والاصابات والامراض بما ينعكس أثره على العاملين وانتاجيتهم .

اختيار أفضل البدائل وتطبيقه فى الوقت المناسب :

عن طريق التخطيط والتنسيق والمتابعة والتوجيه السليم وتقييم الجهود لتحقيق الأهداف المرسومة فنجاح أى عمل انتاجى أو خدمى يتوقف على كفاءة الإدارة وقدرتها على التفاعل مع عناصر الإنتاج الأخرى وتسييرها على أفضل وجه ممكن .

ه) المناخ السياسى والقيم الدينية والخلقية :

اذ ان الاستقرار السياسى ، والديمقراطى ، وتأصيل القيم الدينية والخلقية ، ذات أثر فعال فى الاجادة والالتقان .

٦) المستوى الثقافى والصحى للعمال :

هو أمر يتوقف على الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية التى تقدمها الدولة للمواطنين ، مع أخذ ماتقدمه إدارة الوحدة من خدمات تكميلية فى الاعتبار بجانب الخدمات التى تشارك بها نقابات العمال ، وعلى الأخص خدمات الثقافة العمالية والاسكان العمالى ويجدر التنبيه بوجه خاص الى أهمية القضاء على الامراض المتوطنة مثل البلهارسيا والانكلستوما التى تنتقص من قدرات ملايين الافراد الطبيعية وكفاءتهم الانتاجية .

٤٧٤

•

٧) الحوافز :

سواء كانت معنوية أو مادية ، لاسيما التى تمنح للعامل فى اطار ربط الأجر بالانتاج .

وهناك عوامل تعمل على خفض الانتاجية من أهمها :

• تصميم المنتج بطريقة لا تسمح باستخدام اساليب أو طرق انتاج مبسطة ويظهر ذلك فى الصناعات الهندسية خاصة فى حالة الانتاج الكبير .

• كثرة تنوع المنتجات والافتقار الى التتميط فى الوحدات المنتجة ، وتتميط اجزائها لامكان تبادلها بين المنتجات المختلفة .

• عدم وضع مستويات جودة مناسبة إما بالتغالى فيها أو بالتغاضى عنها ، وفى كلتا الحالتين يزداد وقت التشغيل .

• تصميم بعض اجزاء المنتج بما يتطلب استهلاك كمية كبيرة من المواد الخام مما يؤدى إلى الزيادة فى الوقت المستغرق لاتمام العملية فضلا عن الفقد فى المواد .

• استخدام ماكينة من نوع وسعة لا يتناسبان مع عملية الانتاج .
• الخطأ فى طريقة التشغيل كالخطأ فى درجات الحرارة أو كثافة المحاليل أو فى أمور أخرى تتحكم فى هذه الطريقة .

• تعدد المنتجات وبالتالي تعدد العمليات مما لا يعطى فرصا للعمال لاكتساب المهارات المطلوبة أو اجادة أى عملية .

• إهمال العامل الذى يتسبب فى استخدام خامات أو مواد أكثر من اللازم .

• استخدام عمال بمستوى مهارة لا يتماشى مع عملية الانتاج المطلوب تنفيذها .

الكفاية الانتاجية والخطة الخمسية الحالية :

تركز استراتيجية الخطة الخمسية الحالية ٨٢ / ١٩٨٣ - ٨٦ / ١٩٨٧ فى أحد أبعادها الرئيسية على زيادة الانتاجية للموارد المستغلة حاليا حتى تسهم مع الموارد الاضافية فى تحقيق الأهداف الكلية

الى ١٢.٨ مليون مشغول مقابل (١١.٧) مليون مشغول في السنة السابقة على الخطه .

التوصيات

أبرزت الدراسة السابقة ودار حولها من مناقشات العديد من الاتجاهات والاعتبارات من أهمها :

- تتعدد العوامل المؤثرة في الكفاية الانتاجية ، بحيث تمثل نظاما متكامل ومن ثم لا يجب النظر اليها منفصلة ، حيث ان أى تطور فى أحد العوامل يؤدي الى تطور فى العوامل الأخرى ، وفى مستوى الكفاية الانتاجية ذاتها .

- أهمية تعاون كل من الدولة والادارة والعمال وتنسيق جهودهم لدعم طاقة الانتاج ورفع مستوى كفايته .

- وجوب التوازن ، عند اختيار مشروعات الخطه ، بين المشروعات المكثفة لرأس المال والتي تعتمد على قلة من العمالة الفنية المتعلمة المتخصصة ، وبين المشروعات المكثفة للعمالة التي تحقق حجما أكبر من فرص العمل .

- أهمية معالجة الفاقد من الموارد البشرية بسبب بقاء الخريجين بلا عمل لفترات طويلة تمتد الى ثلاث أو اربع سنوات ، يتعرضون خلالها لنسيان ما تعلموه .

- بناء محتوى ومضمون البرامج التدريبية في الخدمة على الواقع الميداني (نواحى العجز والقصور في خبرات العمالة) وعلى امكانيات الميدان ، مع تحاشي النقل ، بدون تصرف ، من الخارج أو الاعتماد على الدراسات النظرية .

- ضرورة تقنين مستويات الكفاية الفنية والانتاجية ، وذلك بوضع سلم متدرج بما يؤدي الى ضبط التقويم ، وأن تقوم كل شركة بعمل معايير الكفاية الانتاجية الخاصة بها .

- أن الحلول طويلة الأمد لإعداد القوى العاملة المدربة قد لا تفي بالاحتياجات الملحة للتنمية ، والأجدى من ذلك اتخاذ سياسات تدريبية

للانتاج ، سواء كان انتاجا سلعيا أو انتاجا خديما .

وتتضح كفاءة استخدام مستلزمات الانتاج من انخفاض المعامل الفنى للإنتاج بين بداية الخطه الخمسية ونهايتها ، أى انخفاض حجم المستلزمات المطلوبة لتحقيق وحدة واحدة من الانتاج ومن ثم زيادة المستلزمات الكلية بدرجة أقل من زيادة حجم الانتاج الكلى .

ويتبين من الجداول (١) ، (٢) ، (٣) ، (٤) ، (٥) ، (٦) أن الخطه الخمسية تستهدف زيادة فاعلية المستلزمات بحيث ينخفض المعامل الفنى للإنتاج من نحو ٤٢.٦٪ فى عام ٨١ / ١٩٨٢ الى نحو ٤٢.٤٪ فى عام ٨٦ / ١٩٨٧

ويبدو التحسن فى المعامل الفنى للإنتاج واضحا فى قطاعات الخدمات الانتاجية لانخفاض المعامل بنحو -١٪ يليها قطاعات الخدمات الاجتماعية التى ينخفض فيها المعامل بنحو ٤٪ ثم قطاعات الانتاج السلى حيث يستهدف أن ينخفض فيها المعامل بنحو ٢٪ .

وتأتى فى مقدمة القطاعات السلية التى ترتفع فيها كفاءة استخدام مستلزمات الانتاج وبالتالى ترتفع فيها الكفاية الانتاجية - كل من قطاعى : الزراعة والصناعة كما تستهدف الخطه زيادة الكفاية الانتاجية فى قطاعى : النقل والمواصلات والسياحة من بين قطاعات الخدمات الانتاجية وتأتى قطاعات الخدمات الحكومية والمرافق العامة فى مقدمة قطاعات الخدمات الإنتاجية التى تستهدف زيادة كفاءة مستلزماتها وبالتالى زيادة الكفاية الانتاجية بها .

وقد اهتمت الخطه الخمسية بالعمل على رفع كفاءة التشغيل فى مواقع الانتاج وتحسين ظروفه والارتفاع بمستوى التدريب والعمل على الوصول بالطاقات المستخدمة الى حدودها القصوى ، والحرص على تشغيل الطاقات العاطلة وذلك باتاحة فرص عمل جديدة للمواطنين حيث تهدف الى توفير حوالى (١ ، ٢) مليون فرصة عمل جديدة كي تتمشى مع الزيادة المرتقبة فى عدد السكان التى تبلغ حوالى ٢٥٪ تقريبا ، وبذلك يرتفع عدد المشغولين فى الأنشطة الاقتصادية فى نهاية الخطه

قصيرة المدى تلائم الاحتياجات الفعلية للتنمية يمكن تنفيذها كل خمس سنوات مثلا ، كحل جذري لتنشئة جيل من الفنانين والعمال المهرة الذين يحتاجهم البلاد . ولعل في تجربة شركة النصر لصناعة التليفزيون باستخدام عاملات من حملة الثانوية العامة - بعد تدريبهن لمدة قصيرة - مثلا يمكن أن يحتذى به .

- أن لارتباط التعليم المهني بالتعليم العام دورا ايجابيا ، حيث انه يسهل العملية التدريبية ويختصر مدتها الى حد بعيد .

- استخدام التليفزيون في العملية التعليمية ، ولعل في تنشئة جيل كامل من العمال الفنيين لاصلاح التليفزيون ، باستخدام التليفزيون نفسه كأداة تعليمية ، يعطى مثلا يمكن الاهتداء به .

- أهمية ترشيد الاستيراد باعتبار أنه عامل مؤثر في رفع الكفاية الانتاجية .

- تنشيط دور البحث العلمى في رفع الكفاية الانتاجية وتكثيف استخدام الاساليب العلمية الحديثة في مواقع الانتاج والخدمات - مع الأخذ في الاعتبار المعايير الخاصة بمنع تلوث البيئة - ونقل نتائج الابحاث الى مواقع الانتاج لتطبيقها وتعديل القوانين الحالية التى تحكم القطاع العام بحيث تسمح باجراء التطبيقات العملية للابحاث لتحسين اقتصاديات الانتاج والخدمات .

- تطوير التعليم الفنى بحيث يكتف التدریب العلمى كلما انتقل الطالب الى السنوات الأعلى ، كى يآلف العمل اليدوى ويتأقلم مع البيئة الصناعية .

- الاهتمام بالتدريب التحويلي وإعادة تدريب العمال على حرف أخرى ، اذ أن سوء استخدام القوى العاملة حاليا ، ينتج عنه عمالة عاطلة مقنعة معوقة للانتاج ، ويمكن النظر فى اجراء تعديل تشريعى ييجز تحويل العامل الى مهنة أو حرفة أو وظيفة أخرى وفق مقتضيات الأحوال ، اذ ان ذلك أمر لا تجيزه القوانين الحالية .

وعلى ضوء ما سبق يوصى بما يلى :

أولا : على مستوى المنشأة :

* مراعاة أن يضمن الاستخدام الامثل كافة الموارد المتاحة بما فيها الاستغلال الكامل لوقت العاملين .

٤٧٦

* تطوير الهياكل التنظيمية والوظيفية للوحدات الانتاجية مع تطبيق التكنولوجيا الحديثة فى الانتاج بهدف استخدام الموارد البشرية الاستخدام الامثل لتحقيق معدلات انتاج مرتفعة كما وكيفا وذلك عن طريق :

- مراجعة الهياكل التنظيمية بصفة دورية بفرض ادخال التعديلات اللازمة التى تعمل على تحقيق الاهداف المرسومة .

- مراجعة توصيف الوظائف والمهن المختلفة وتعديلها دوريا ، بما يتمشى مع واقع ومتطلبات العمل ووضع الشروط الخاصة بشغلها .

- دراسة طرق العمل وأساليبه وإعداد معدلات أداء مناسبة وفق الاعتبارات الاقتصادية التى تحكم نشاط كل وحدة وفى ضوء التطوير التكنولوجى المتاح لها ، بهدف تنظيمه وترشيد خطواته لتحقيق أقصى انتاج بأقل جهد وتكلفة .

* تدريب العمال باستمرار لتحقيق أقصى استفادة من التطورات التكنولوجية التى تدخلها الوحدة فى طرق العمل ووسائل الانتاج .

* العمل على تهيئة واستقرار العلاقات الطيبة بين العمال والادارة عن طريق نظم وأجهزة التشاور والمشاركة فى الادارة وحسن معاملة العمال وتيسير الخدمات الصحية والترفيهية لهم ، الأمر الذى يساعد على تجاوب العمال مع الادارة فى تنفيذ وسائل الترشيذ ورفع مستوى الكفاية الانتاجية بل ويشجعهم على الابتكار والاسهام فى تطوير هذه الوسائل .

* الاهتمام بإدارات البحوث ومدىها بعناصر بشرية عالية التعليم والتأهيل والتدريب تكون قادرة على تطوير المنتجات وفق التقدم التكنولوجى لمواجهة الرغبات المتغيرة للمستهلكين واشباعها .

* الاهتمام بإدارات التسويق بالوحدات الانتاجية وخاصة فى القطاع العام ومدىها بعناصر بشرية عالية الكفاءة تكون قادرة على دراسة السوق والتعرف على رغبات المستهلكين وآرائهم فى السلع المنتجة لتطويرها وفق هذه الرغبات ، مما يؤدى فى النهاية الى زيادة الطلب عليها ورفع كفايتها انتاجيا .

* الاهتمام بوحدات الكفاية الانتاجية وادخالها ضمن الهياكل التنظيمية للوحدات الاقتصادية مثل : مراقبة جودة الانتاج ، الصيانة

الوقتية ، التكاليف الصناعية ، الامن الصناعى .

ثانيا : على مستوى المنظمات العمالية :

* العمل على رفع المستوى الثقافى والفنى لأعضائها لاعدادهم للاشتراك البناء فى اللجان والمجالس المختلفة ، بجانب توعية أعضائها للتعاون مع ادارات الوحدات الاقتصادية من منطلق أن وسائل رفع الكفاية الانتاجية الموضوعة لزيادة الانتاج هى فى صالح العامل والمستهلك والدولة معا .

* إسهام المنظمات العمالية بدور أكثر فاعلية مع الأجهزة المعنية بالتدريب لتوجيه برامجه بغرض رفع كفاية العاملين وتطوير مهاراتهم ومعلوماتهم .

* بحث أماكن عدم مزاولة المهنة الا بعد الوصول الى مستوى معين من المهارة والمعرفة .

ثالثا : على المستوى القومى :

* توجيه خطط التنمية الى انتاج السلع والخدمات التى تلائم احتياجات المواطنين ، مع ضرورة ترشيد الاستهلاك ، واعطاء الأولوية للخطط الخاصة بانتاج السلع القابلة للتصدير بحيث تساهم فى اصلاح الخلل بميزان المدفوعات .

* توجيه الاستثمارات المتاحة بطريقة صحيحة لتنفيذ خطط التنمية ، وذلك بمراعاة الاستخدام الأمثل والكامل لقوة العمل ، خاصة من العمالة النسائية .

* اعداد الخطة القومية للتعليم على أساس احتياجات سوق العمل الفعلية من المهن والتخصصات المختلفة وفق خطط التنمية طويلة الاجل التى تقوم الدولة بتنفيذها ، بحيث لا يوجد فى النهاية فائض أو عجز فى الخريجين وذلك من خلال :

- ربط التعليم باحتياجات العمل ، وزيادة الانتاج التى تهدف الى تحقيق خطط التنمية .

- تطوير برامج التعليم فى مختلف المراحل وبخاصة الجامعية لتخريج عمالة مؤهلة :

- الاهتمام بدراسة احتياجات الصناعات المختلفة من المهن التخصصية ، لتعويض التسرب فى العمالة غير المؤهلة بمستويات

تعليمية أفضل ، وعلى الأخص فى الصناعات ذات الأهداف القومية .

- تطوير نظم التعليم الفنى بما يحقق توفير العامل الماهر المزود بالعلوم والمهارات التى تمكنه من مسايرة التطور المطرد ، مع العمل على ايجاد مستويات واختبارات مهارة قومية معترف بها تتخذ أساسا فى تقدير الأجر المناسب لمستوى المهارة .

ويساعد فى تحقيق ذلك وضع نظام تكون فيه المدارس الثانوية الفنية وحدات انتاجية تتنوع فيها البرامج والخطط ومدد الدراسة لتغطية كافة الاحتياجات ، وذلك للاستفادة من الطاقات الآلية والبشرية لهذه المدارس ، بجانب تدريب الطلاب ورفع مستواهم المهنى ، وزيادة دخول المعلمين والطلاب من خلال نظام جيد للحوافز من حصيللة انتاج هذه المدارس لجذب الطلبة للالتحاق بها .

- التوسع فى التعليم الفنى والمهنى بأنواعه المختلفة مع العمل على رفع مستواه وتزويده بأحدث امکانات والربط بقدر الامكان بينه وبين البيئة الواقعية للعمل ، وذلك باستخدام الطريقة المزوجة التى يتم فيها التعليم النظرى فى فصول المدرسة المهنية والتدريب فى المصانع والحقول والفنادق والمؤسسات الانتاجية المختلفة بناء على اتفاق خاص مع اداراتها .

ومن مزايا هذه الطريقة انها تساعد على استيعاب ضعف العدد من الطلاب بتقسيمهم الى مجموعتين تتبادلان الافادة بالتناوب من فصول الدراسة وأماكن التدريب فى مواقع العمل ، مما يساعد على تخفيض تكلفة التعليم .

- التنسيق بين أنواع التدريب فى المدارس المهنية وفى مراكز التدريب المهنى والتدريب بالممارسة بحيث يتخصص كل منها فى نوع من المهن الأكثر ملاءمة له .

- تطبيق مبادئ التوجيه المهنى فى مراحل التعليم الأولى وذلك لضمان توجيه الطلاب لاجالات التعليم التى تناسبهم أو الى التدريب على الاعمال التى تناسب مع استعداداتهم الطبيعية وميولهم الخاصة ، مع توجيه اهتمام خاص الى طرق التعليم الحديثة التى تساعد على اكتشاف هذه الاستعدادات وتنميتها وتربط فى ذهن الطالب بين مواد الدراسة التى يتلقاها متفرقة وتساعد على استخدام حصيلتها فى

مواجهة مشكلات الحياة العملية ، كما أنها تأخذ الفروق الفردية بين الطلاب في الاعتبار ، ويتطلب هذا :

× إعداد المدرسين المكلفين بتطبيقها .

× تهيئة الامكانيات اللازمة من مباني المدارس وانواتها .

× تطوير نظم الامتحانات بحيث لا يكون الامتحان مجرد قياس لاستيعاب الذاكرة وإنما يركز على قياس القدرة على التفكير والافادة من حصيلة المعرفة في مجال التطبيق .

× الاهتمام بالتدريبات العملية والاسراع في تعميم الأخذ بنظم التعليم الاساسي .

* وضع خطة قومية للتدريب باعتباره من أهم عوامل رفع الانتاجية المصاحبة للفرد طوال عمره الانتاجي ، وبه يتم تجديد المعلومات التي اكتسبت خلال فترة الدراسة ، فضلا عن أنه ينمي المهارات ويطورها ، وبه يمكن تحقيق أفضل استثمار للقوى البشرية وتحويل التضخم السكاني الى ثروة قومية اقتصادية منتجة محليا وخارجيا ، وأن تراعى هذه الخطة تغطية ما يلي :

- برامج تدريب الادارة العليا والوسطى ، مع ربط هذه البرامج بالاحتياجات التدريبية الحقيقية على مستوى المجموعات والافراد حتى تتحقق كفاءة برامج التدريب .

- التدريب المستمر لفئات العمال بهدف رفع مهاراتهم .

- التنسيق بين مجالات التدريب المهني ، فيركز التعليم الفني على الحرف والمهارات المعقدة أو الدقيقة التي تتطلب تجهيزا مرتفع التكلفة في مراكز التدريب التابعة لبعض الوزارات مثل وزارة الاسكان ، أو التابعة لبعض المنشآت الكبرى مثل مركز تدريب الهيئة العامة للسكك الحديدية ، والمعهد التكنولوجي لشركة كيميا ، ويمكن المزج بين النظامين بالتعاقد ، بين المدارس الفنية والمنشآت القريبة منها على ممارسة التدريب فيها ، ويقتصر دور المدرسة على الدراسة النظرية والتدريبات البسيطة أو التمهيدية .

- التوسع في مراكز التدريب التابعة للقوات المسلحة ودعمها بحيث يتضاعف الدور البناء الذي تؤديه هذه المراكز في تزويد سوق العمالة بالمهارات الفنية اللازمة .

٤٧٨

- انشاء صندوق قومي للتدريب يتم تمويله من مساهمة الوحدات الانتاجية المختلفة ومن القروض والمنح التي تتاح له ، علاوة على ما يخصص له في ميزانية الدولة من اعتمادات مالية ، وعلى أن يقوم هذا الصندوق بالمهمة التدريبية نيابة عن الوحدات الانتاجية التي لا تمارس أى نشاط تدريبي ، لقاء رسم يتفق عليه .

- انشاء بناء للمعلومات يتولى جمع كافة البيانات والاحصاءات المتعلقة بالتدريب وتبويبها وتخزينها للافادة منها في إعداد برامج التدريب المختلفة .

- إعداد برامج للتدريب التحويلي للعمالة الزائدة بالحكومة والقطاع العام لتحويلها الى عمالة منتجة ، ويمكن النظر في اجراء تعديل تشريعي يجيز تحويل العامل الى مهنة أو حرفة أو وظيفة أخرى وفق مقتضيات الاحوال ، اذ ان ذلك أمر لا تتيحه القوانين الحالية .

* تنشيط البحث العلمي وتوجيهه الى أهداف اقتصادية محددة تضمن التوصل الى تكنولوجيات جديدة تنعكس على العمليات الانتاجية مباشرة ، بما يؤدي الى رفع طاقاتها وتحسين نوعية منتجاتها وتطويرها وخفض تكاليف انتاجها .

* اعطاء أولوية لرفع الكفاية الانتاجية لقطاع الزراعة بالتركيز على نشر الميكنة الزراعية .

* ضرورة استمرار الاهتمام بصناعة الغزل والنسيج التي ما زالت ركيزة النشاط الصناعي في البلاد .

* زيادة الاهتمام بالصناعات الهندسية التي تتميز بارتفاع مستويات الانتاجية والكثافة العمالية العالية ، الى جانب خضوعها للتطور التكنولوجي السريع الذي يعتمد على تكثيف العمالة المتعلمة والفنية واستخدام نسبة عالية من الجامعيين المتخصصين .

* اعادة النظر في اسلوب توزيع الخريجين لضمان توجيههم الى الاعمال المناسبة لتخصصاتهم وتلافى فترة انتظارهم للتعين (تتراوح حاليا من ثلاث الى أربع سنوات) والتي تعتبر فاقدا في الموارد البشرية بسبب بقائهم بلا عمل طوال هذه الفترة ، بما يؤدي الى التنسيق بين وزارة القوى وباقي الوزارات على أساس علمي يكفل تخطيط القوى العاملة وتحديد الاحتياجات قبل تنفيذ سياسة توزيع الخريجين ، مع النظر في وضع حد أقصى يتم الالتزام به مقدما لتطبيق هذه السياسة .

جدول رقم (١)
الانتاج لاجمالى السنتين الاولى والخامسة من الخطة الخمسية
مقارنة بسنة الاساس ١٩٨٢/٨١
(بالمليون جنيه وبأسعار عام ١٩٨٢/٨١)

| الهيكل | | | معدل الثمن السنوى % | | المستهدف فى عام | | المتوقع تحقيقه | القطاعات الاقتصادية |
|--------|-------|-------|---------------------|-------|-----------------|---------|----------------|---------------------------------|
| ٨٧/٨٦ | ٨٢/٨٢ | ٨٢/٨١ | ٨٧/٨٦ | ٨٢/٨٢ | ٨٧/٨٦ | ٨٢ / ٨٢ | ٨٢/٨١ | |
| | | | ٨٢/٨١ | ٨٢/٨١ | | | | |
| ١٢,٨ | ١٥,٢ | ١٦,٠ | ٣,٣ | ٢,٦ | ٦٤٣٤,٣ | ٥٦١٠,١ | ٥٤٦٥,٥ | الزراعة |
| ٢٩,٨ | ٢٧,٨ | ٢٧,٧ | ٩,٥ | ٨,٣ | ١٤٩٤٤,٣ | ١٠٢٨٥,٩ | ٩٤٩٤,٠ | الصناعة والتعدين |
| ١٣,٢ | ١٢,١ | ١١,٠ | ١٢,٠ | ١٩,٦ | ٦٦١٢,٨ | ٤٤٨٩,٢ | ٣٧٥٣,٧ | البتترول ومنتجاته |
| ٠,٧ | ٠,٦ | ٠,٦ | ١١,٠ | ٩,١ | ٣٤٠,٤ | ٢٢٠,٨ | ٢٠٢,٣ | لكهرباء |
| ٦,٣ | ٦,٣ | ٦,٣ | ٧,٩ | ٧,٩ | ٣١٥٥,٠ | ٢٣٣١,٥ | ٢١٦,٠ | التشييد والبناء |
| ٦٢,٨ | ٦٢,٠ | ٦١,٦ | ٨,٤ | ٣٨,٨ | ٣١٤٩٦,٨ | ٢٢٩٣٣,٥ | ٢١٠٧٥,٥ | مجموع القطاعات السلعية |
| ٤,٣ | ٤,٢ | ٤,٢ | ٨,٢ | ٦,٢ | ٢١٧٠,٣ | ١٥٥٣,٠ | ١٤٦٢,٨ | النقل والتخزين والمواصلات |
| ١,٨ | ٢,٠ | ٢,١ | ٥,٣ | ٣,٩ | ٩٧٥,٠ | ٧٤٢,٥ | ٧١٤,٨ | قناة السويس |
| ١١,٥ | ١٢,٠ | ١٢,٢ | ٦,٧ | ٦,٣ | ٥٧٥,٥ | ٤٤٣١,٠ | ٤١٦٧,٠ | لتجارة |
| ٣,١ | ٣,٢ | ٣,٣ | ٦,٧ | ٤,٦ | ١٥٦٠,٠ | ١١٨٠,٠ | ١١٢٨,٠ | المال |
| ٠,٢ | ٠,٣ | ٠,٢ | ٧,٤ | ٨,٦ | ١٢١٢ | ٩٢,٣ | ٨٥,٠ | التأمين |
| ١,٤ | ١,٤ | ١,٥ | ٦,١ | ٤,٠ | ٦٧٣,٥ | ٥٢٠,٠ | ٥٠٠,٠ | المطاعم والفنادق |
| ٢٣,٣ | ٢٣,١ | ٢٣,٥ | ٦,٨ | ٥,٧ | ١١٢٠٠,٠ | ٢٥١٨,٨ | ٨٠٥٧,٦ | مجموع قطاعات الخدمات الإنتاجية |
| ١,٢ | ١,٢ | ١,٢ | ٨,٥ | ١١,٢ | ٥٩٦,٤ | ٤٤٠,٨ | ٣٩٦,٣ | ملكية العقارات |
| ٠,٢ | ٠,٢ | ٠,٢ | ١٣,١ | ١٠,٦ | ١٢٢,٠ | ٧٣,٠ | ٦٦,٠ | المرافق العامة |
| ٢,٩ | ٣,٠ | ٣,٠ | ٧,٣ | ٦,٩ | ١٤٧١,٣ | ١١٠٣,٠ | ١٠٣٢,٢ | خدمات اجتماعية وشخصية |
| ٠,١ | ٠,١ | ٠,١ | ٧,٧ | ٨,٣ | ٥٢,٢ | ٣٩,٠ | ٣٦,٠ | التأمينات الاجتماعية |
| ١٠,٥ | ١٠,٤ | ١٠,٤ | ٨,٠ | ٨,٣ | ٥٢٣٩,١ | ٣٨٥٧,٧ | ٣٥٦٢,٠ | الخدمات الحكومية |
| ١٤,٩ | ١٤,٩ | ١٤,٩ | ٨,٠ | ٨,٣ | ٧٤٨١,٠ | ٥٥١٣,٥ | ٥٠٩٢,٥ | مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية |
| ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ٨,٠ | ٨,٠ | ٥٠١٧٧,٨ | ٣٦٩٦٩,٨ | ٣٤٢٢٥,٦ | الإجمالى العام |

جدول رقم (٢)

الزيادة المستهدفة في الانتاج الاجمالى للخطة الخمسية

(بالمليون جنيه وبأسعار عام ٨١ / ١٩٨٢)

| القطاعات الاقتصادية | الزيادة في الانتاج | معدل نمو الانتاج % | | هيكل الانتاج ٨٢/٨١ | هيكل الزيادة في الانتاج |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------|--------------------|-------------------------|
| | | خلال الخطة | المستوى | | |
| الزراعة | ٩٧٣,٨ | ١٧,٧ | ٣,٣ | ١٦,٠ | ٦,١ |
| الصناعة والتعدين | ٥٤٥٥,٣ | ٥١,٥ | ٩,٥ | ٢٧,٧ | ٣٤,٢ |
| البترول ومنتجاته | ٢٨٥٩,١ | ٧٦,٣ | ١٢,٠ | ١١,٠ | ١٧,٩ |
| الكهرباء | ١٣٨,١ | ٦٨,٣ | ١١,٠ | ٠,٦ | ٠,٩ |
| التشييد والبناء | ٩٩٥,٠ | ٤٦,١ | ٧,٩ | ٦,٣ | ٦,٢ |
| مجموع القطاعات السلعية | ١٠٤٢١,٣ | ٤٩,٤ | ٨,٤ | ٦١,٦ | ٦٥,٣ |
| النقل والمواصلات والتخزين | ٧٠٧,٥ | ٤٨,٤ | ٨,٢ | ٤,٢ | ٤,٤ |
| قناة السويس | ٢١٠,٢ | ٢٩,٤ | ٥,٣ | ٢,١ | ١,٣ |
| التجارة | ١٥٨٣,٠ | ٣٨,٠ | ٦,٧ | ١٢,٢ | ٩,٩ |
| المال | ٤٣٢,٠ | ٣٨,٠ | ٦,٧ | ٣,٣ | ٢,٧ |
| التأمين | ٣٦,٢ | ٤٢,٦ | ٧,٤ | ٠,٢ | ٠,٢ |
| المطاعم والفنادق | ١٧٣,٥ | ٣٤,٨ | ٦,١ | ١,٥ | ١,١ |
| مجموع قطاعات الخدمات الانتاجية | ٣١٤٢,٤ | ٣٩,٠ | ٦,٨ | ٢٣,٥ | ١٩,٧ |
| ملكية العقارات | ٢٠٠,١ | ٥٠,٥ | ٨,٥ | ١,٢ | ١,٣ |
| المرافق العامة | ٥٦,٠ | ١٤,٠ | ١٣,١ | ٠,٢ | ٠,٤ |
| خدمات اجتماعية وشخصية | ٤٣٩,١٠ | ٤٢,٥ | ٧,٣ | ٣,٠ | ٢,٧ |
| التأمينات الاجتماعية | ١٦,٢ | ٤٥,٠ | ٧,٧ | ٠,١ | ٠,١ |
| الخدمات الحكومية | ١٦٧٧,١ | ٤٨,٠ | ٨,٠ | ١٠,٤ | ١٠,٥ |
| مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية | ٢٣١٨,٥ | ٤٢,٥ | ٧,٦ | ١٤,٩ | ١٥,٠ |
| الاجمالى العام | ١٥٩٥٢,٣ | ٤٦,٨ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ |

جدول رقم (٣)

الانتاج الاجمالي المتوقع بخطة عام ١٩٨٢/٨١ موزعا حسب التصنيف الدولي للنشاط الاقتصادي ووفقا للتصنيف المتعارف بطار الخطة

(بالليون جنيه بأسعار ١٩٨٢/٨١)

| النشاط الاقتصادي حسب التصنيف الدولي | النشاط الاقتصادي حسب التصنيف المتعارف بالخطة | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-----------------|---------|----------------|--------------------------|---------|---------|------------------|-----------------|---------|----------------|--------------------------|
| | الزراعة | الصناعة والتعدين | البناء والتشييد | التجارة | النقل والتخزين | الخدمات المالية والتأمين | التجارة | الزراعة | الصناعة والتعدين | البناء والتشييد | التجارة | النقل والتخزين | الخدمات المالية والتأمين |
| الزراعة وحيد الاسماك | ٥٤٦٥,٥ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| استغلال الناجم والحاجر | - | ٦٤,٦ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| الصناعات التحويلية | - | ٧٨٣,٨٩ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| الكهرباء والغاز والمياه | - | ١٩,٩ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| التشييد والبناء | - | - | ٢٠,٢,٣ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| التجارة والمطاعم والفنادق | - | - | - | ٤١٦٧,٠ | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| النقل والتخزين | - | - | - | - | ١٤٦٢,٨ | - | - | - | - | - | - | - | - |
| الخدمات المالية والتأمين والعقارات | - | - | - | - | - | ١١٧٨,٠ | - | - | - | - | - | - | - |
| خدمات المجمع والخدمات الشخصية والاجتماعية | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| المجموع | ٥٤٦٥,٥ | ٧٨٣,٨٩ | ٢٠,٢,٣ | ٤١٦٧,٠ | ١٤٦٢,٨ | ١١٧٨,٠ | ٤١٦٧,٠ | ٥٤٦٥,٥ | ٧٨٣,٨٩ | ٢٠,٢,٣ | ٤١٦٧,٠ | ١٤٦٢,٨ | ١١٧٨,٠ |

جدول رقم (٤)

الانتاج الإجمالي المستهدف بخطة ٨٦ / ١٩٨٧ موزعا حسب التصنيف الدولي للنشاط الاقتصادي ووفقا لتصنيف المعيار باطار الخطة

(بالمليون جنيه بأسعار ٨١ / ١٩٨٢)

| النشاط الاقتصادي حسب التصنيف المعيار بالخطة | | | | | | | | | | | | | | النشاط الاقتصادي حسب التصنيف الدقيق |
|---|------------------|--------------------|-----------------|----------------|----------------|------------------|---------|-------|---------|-------------|----------------|-----------------|----------|-------------------------------------|
| الجمع الكلي | الخدمات الحكومية | الخدمات الاجتماعية | الخدمات الشخصية | المرافق العامة | ملكية العقارات | المطاعم والفنادق | التأمين | المال | التجارة | قناة السويس | النقل والتخزين | التشييد والبناء | الكهرباء | الزراعة |
| ٦٤٣٩,٣ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ٦٤٣٩,٣ |
| ٥٥٦٢,٣ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ١٥٩٩,٨ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ٤١٦,٣ | - | - | - | ٧٥,٩ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ٣١٥٥٠ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ٦٤٣٣,٥ | - | - | - | - | - | ٦٧٣,٠ | - | - | ٥٧٥,٠ | - | - | - | - | - |
| ٣٣٣٩,٨ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ٩٢٥,٠ | ٢١٧,٠ | - | - | - |
| ٦٧٥٦,٥ | - | ٥٢,٢ | - | - | ٥٦٩,٤ | - | ١٢١٢,٢ | ١٥٦٠ | - | - | - | - | - | - |
| ٦٧٥٦,٥ | ٥٢٢٩,١ | - | ١٤٧٩,٣ | ٤٦,١ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ٥١٧٧,٨ | ٥٢٢٩,١ | ٥٢,٢ | ١٤٧٩,٣ | ١٢٢,٠ | ٥٦٩,٤ | ٦٧٣,٥ | ١٢١٢,٢ | ١٥٦٠ | ٥٧٥,٠ | ٩٢٥,٠ | ٢١٧,٣ | ٣١٥٥,٠ | ٣٤٠,٤ | ٣٤٣٩,٣ |

الجدول رقم ٥

الانتاج الاجمالي للقطاع العام المستهدف في عام ١٩٨٧/٨٦

بالمقارنة بعام ١٩٨٢/٨١ وموزعا على جهات الاسناد

(بالآلاف جنيه)

| المتوسط السنوي % | معدل النمو % | ٨٧/٨٦ | ٨٢/٨١ | جهات الإسناد |
|---------------------|-----------------|---------|---------|---|
| | | | | <u>وزارة الزراعة :</u> |
| ١٠,٢ | ٦٢,٥ | ١٣٠٠ | ٨٠٠ | هيئة البنك الرئيسي للتنمية والائتمان الزراعي |
| ٩,٨ | ٥٩,٥ | ٣٠٧٣٥ | ١٩٢٦٩ | الشركات الزراعية |
| ٨,١ | ٤٧,٣ | ١١١٨٨٤ | ٧٥٩٤٨ | شركات الإنتاج الحيواني |
| ٦,١ | ٣٤,٧ | ٧٠٣٨٣ | ٥٢٢٥٩ | شركات الإنتاج السمكي |
| | | | | <u>وزارة استصلاح الأراضي :</u> |
| ٥,٩ | ٣٣,٣ | ٢٠٠٠٠٠ | ١٥٠٠٠ | شركات الاستصلاح |
| ٦,٥ | ٣٦,٧ | ٢٤٠٣٤ | ١٧٥٠ | شركات الزراعة |
| | | | | <u>وزارة الري :</u> |
| ٦,٧ | ٣٨,١ | ١٢١٤٠٠ | ٨٧٩١٠ | شركات الري |
| | | | | <u>وزارة الصناعة والثروة المعدنية :</u> |
| ٦,٦ | ٣٧,٤ | ١٨٠١٢٥٠ | ١٣١١٤٣٠ | شركات الصناعات الغذائية |
| ١٠,٣ | ٦٣,٥ | ٢٠٦٩٥٠٠ | ١٢٦٥٦٤٣ | شركات صناعة الغزل والنسيج والملابس الجاهزة |
| ٦,٥ | ٣٦,٨ | ٣١٥١٦ | ٢٧٤٢٧ | شركات صناعة الخشب |
| ٩,٢ | ٥٥,٢ | ١٥٨٢٥٥ | ١٠١٩٥٧ | شركات الورق |
| ١٤,٥ | ٩٧,١ | ٦٩٢١٩٤ | ٣٨٩١٥٩ | شركات قطاع الصناعات الكيماوية |
| ١٧,٩ | ١٢٧,٥ | ٧٣٧٣٥ | ٣٣٤١٠ | شركات منتجات الخرف والصيني ومنتجاتها |
| ٩,٥ | ٥٧,٨ | ٩٨٢٧٣٩ | ٦٢٢٨٥٣ | شركات قطاع الصناعات المعدنية الأساسية ومنتجاتها |
| ٦,٩ | ٣٩,٦ | ٩٣٠٧٩٥ | ٦٦٦٩٥٥ | شركات قطاع الصناعات الهندسية والإلكترونية |
| ١٠,٢ | ٦٢,٣ | ٧١٢٢٩ | ٤٠٠٩٠٠ | شركات قطاع التعدين |

تابع جدول رقم (٥)

(بالآلاف جنيه)

| المتوسط السنوى % | معدل النمو % | ٨٧/٨٦ | ٨٢/٨١ | جهات الاستناد |
|------------------------|-----------------|---------|---------|---|
| | | | | <u>وزارة البترول :</u> |
| ١٢,٥ | ٨٠,٩ | ٥٦٥٤٥٠٠ | ٣١٤٠٢٠٠ | الهيئة العامة للبترول |
| (١,١) | (٥,٢) | ١٣٠٠٠٥ | ١٣٧١٦٠ | شركات إنتاج البترول |
| ١٢,٢ | ٧٧,٨ | ١٣٦٠٣٢ | ٧٦٥٢٣ | شركات التكرير والمنتجات البترولية |
| ١١,٥ | ٧٢,٣ | ٢٢٣٤٤١ | ١٢٩٦٥٥ | شركات التوزيع |
| ١٧,٥ | ١٢٣,٩ | ١١٤٠٠٠ | ٥٠٩٠٠ | شركات النقل |
| | | | | <u>وزارة الكهرباء والطاقة</u> |
| | | | | هيئة كهرباء مصر وشركات التوزيع والوحدات |
| ١١,٠ | ٦٨,٢ | ٣٤٠٣٦٣ | ٢٠٢٣٣٠ | المرتبطة بالشبكة العامة |
| ٨,٣ | ٤٩,٣ | ١٠٠٠٠٠ | ٦٧٠٠٠ | شركات المشروعات الكهربائية |
| ١٤,٥ | ٩٧,٢ | ١٤٠٠٠ | ٧٠٠ | مجموعة شركات المحولات والمنتجات الكهربائية |
| | | | | <u>وزارة النقل :</u> |
| ١٢,٥ | ٧٩,٩ | ١٤١٢٠٠ | ٧٨٥٠٠ | الهيئات الاقتصادية (السكك الحديدية) |
| ٥,٥ | ٣٠,٩ | ٦٨٤٥٥ | ٥٢٣٠٠ | شركات نقل الركاب |
| ٧,٩ | ٤٦,٣ | ٤٩٨٨٢ | ٣٤١٠٠ | شركات نقل البضائع |
| ١٠,٤ | ٦٣,٨ | ١٩٠٠٠ | ١١٦٠٠ | شركات النقل المائى |
| ٨,٧ | ٥٢,٠ | ١٩٠٠٠ | ١٢٥٠٠٠ | شركات الطرق |
| ٨,٠ | ٤٦,٩ | ٣٦٠٤٤ | ٢٤٥٣١ | شركات إصلاح السيارات |
| | | | | <u>وزارة المواصلات :</u> |
| ١٥,١ | ١٠١,٧ | ١٩٩٠٠٠ | ٩٨٦٨٠ | الهيئة القومية للاتصالات السلكية واللاسلكية |
| ١٠,٢ | ٦٢,٢ | ١٩٣٠٠ | ١١٩٠٠ | الهيئة القومية للبريد |
| ٥,٩ | ٣٣,٣ | ١٣٥٥٠ | ١٠١٦٧ | شركات صناعة المعدات التليفونية |

(تابع) جدول رقم (٥)

(بالآلف جنيه)

| جهات الاسناد | ٨٢-٨١ | ٨٧-٨٦ | معدل النمو % | المتوسط السنوى % |
|--|---------|----------|-----------------|---------------------|
| <u>وزارة النقل البحرى :</u> | | | | |
| الهيئات الاقتصادية | ٤٣٩٤٥ | ٦٢.٠٠ | ٤١,١ | ٧,١ |
| شركات التوكيلات الملاحية | ١٨١٨٦٠ | ٢٤٩٤٦٥ | ٣٧,٢ | ٦,٥ |
| شركات الشحن والتفريغ والتخزين | ٨١٢٤٠ | ١١٥٥٠٠ | ٤٧,٢ | ٧,٣ |
| شركات إصلاح وبناء السفن | ١٠٣٤٠ | ١٥٢٥٠ | ٤٧,٥ | ٨,١ |
| شركات التوريدات والأشغال البحرية | ١١٥٠٠ | ١٧٠٠٠ | ٤٧,٨ | ٨,١ |
| <u>وزارة التموين والتجارة الداخلية</u> | | | | |
| شركات مضارب الأرز | ٨٠٥٤١ | ١٠.٦٩٢٤ | ٣٢,٨ | ٥,٨ |
| شركات المطاحن والمخابز | ٢٣٨٧٤٠ | ٣٤٧٧٣٦ | ٤٥,٧ | ٧,٨ |
| شركات صناعة الثلج وتجهيز وتخزين السلع الغذائية | ١٣٧٠١٢ | ٢٦٣٨٥٩ | ٩٢,٦ | ١٤,٠ |
| شركات توزيع السلع الغذائية | ٤٤٩٧٧ | ٦٦٦٢٠ | ٤٨,١ | ٨,٢ |
| شركات توزيع السلع الاستهلاكية | ١٠.٣٦١٥ | ١٨٤١١١ | ٧٩,٤ | ١٢,٤ |
| <u>وزارة الاقتصاد والتجارة الخارجية</u> | | | | |
| شركات التجارة الخارجية | ١٣٤٩٣٠ | ١٨٩٥٢٠ | ٤٠,٥ | ٧,٠ |
| شركات القطن | ١٦٨٦٢٢ | ٢٠.٨٣٧٤ | ٢٣,٦ | ٤,٣ |
| شركات التأمين | ٨٥٠٠٠ | ١١٥٦٠٠ | ٣٦,٠ | ٦,٣ |
| شركات القطاع المصرفى | ٧٣٣٠٠٠ | ١٠.١٤٠٠٠ | ٢٨,٣ | ٦,٧ |
| <u>وزارة الدولة للإسكان</u> | | | | |
| الهيئة القومية لمياه الصرف الصحى | ٦٧٠٠ | ١٢٥٠٠ | ٨٦,٦ | ١٣,٣ |
| شركات الإسكان والتعمير | ٣٥٤١٩ | ٤٩٣٥٠ | ٣٩,٣ | ٦,٩ |
| شركات المقاولات | ٣٢٧٠٠٠ | ٤٧٢٠٠٠ | ٤٤,٣ | ٧,٦ |
| شركات الأسمنت | ١١٢٧٧٢ | ٢٩٩٢٠٠ | ٢٥٤,٠ | ٢٨,٨ |
| شركات مواد البناء ومستلزماته | ٧٥١٥٠ | ٢٠.٨٢٠٠ | ١٧٧,٠ | ٢٢,٦ |

تابع جدول رقم (٥)

بالآلاف جنيه

| المتوسط السنوى % | معدل النمو % | ٨٧ / ٨٦ | ٨٢ / ٨١ | جهات الإسناد |
|---------------------|-----------------|---------|---------|---------------------------------|
| ٦,٨ | ٢٨,٩ | ١٠٧٤٠٠٠ | ٧٧٣٠٠٠ | وزارة التعمير : |
| ٦,٧ | ٢٨,١ | ٢٩٠٠٠ | ٢١٠٠٠ | شركات المقاولات |
| | | | | شركات المساكن الجاهزة |
| | | | | وزارة الصحة : |
| ١٠,٨ | ٦٦,٨ | ٢٥٤٥٠٩ | ١٥٢٦١٧ | شركات صناعة الأدوية والكيماويات |
| ١٠,٠ | ٦١,٠ | ٥٢٨٤٠ | ٣٢٨١٠ | شركات تجارة الأدوية |
| | | | | وزارة التربية والتعليم : |
| ٨,٠ | ٤٦,٧ | ٢٢٠٠٠ | ١٥٠٠٠ | الهيئة الاقتصادية |
| | | | | وزارة الدولة للإعلام : |
| ٢,٩ | ١٥,١ | ٥٥٠٠ | ٤٧٧٩ | الوحدات الاقتصادية |
| | | | | وزارة السياحة : |
| ٧,١ | ٣٤,٣ | ٣٦٩٣٠٠ | ٢٧٥٠٠٠ | الوحدات الاقتصادية |
| | | | | وزارة الطيران المدني : |
| ٦,١ | ٣٥,٥ | ٣٥٠٩٠٠ | ٢٦٠٨٠٠ | الوحدات الاقتصادية |
| | | | | وزارة الانتاج الحربى : |
| ١٤,٧ | ٩٨,٣ | ٧٢٣٧٨٤ | ٣٦٠٥٠٠ | الوحدات الاقتصادية |
| | | | | الحكم المحلى : |
| ٨,٤ | ٤٩,٤ | ١٥٩٦٠٠ | ١٠٦٨٠٠ | الهيئات الاقتصادية |
| ٢,١ | ١١,٢ | ١١٤٥٥ | ١٠٣٠٠ | شركات تابعة للحكم المحلى |
| | | | | قناة السويس : |
| ٥,٢ | ٢٨,٦ | ٩٠٠٠٠٠ | ٧٠٠٠٠٠ | هيئة قناة السويس |
| ١١,١ | ٦٨,٩ | ٢٥٠٠٠ | ١٤٨٠٠ | شركات الخدمات |
| ١٢,٥ | ٨٠,٢ | ٥٦٤٠٠ | ٣١٣٠٠ | الشركات الصناعية |

تقديرات بالمعامل الفتي للانتاج وتطوره خلال الخطة الخمسية بالمقارنة لسنة الاساس ١٩٨٢ / ٨١
جدول (٦)

(بالمليون جنيه ٨١ / ١٩٨٢)

| المعامل الفتي للانتاج % | مستلزمات الانتاج | | | الانتاج المحلي | | | القطاعات الاقتصادية |
|-------------------------|------------------|---------|----------|----------------|---------|-----------|--|
| | ٨٢ / ٨١ | ٨٣ / ٨٢ | ٨٧ / ٨٦ | ٨٢ / ٨١ | ٨٣ / ٨٢ | ٨٧ / ٨٦ | |
| ٨٧ / ٨٦ | ٢٨,٧ | ٢٨,٩ | ١٧٧٩,٣ | ١٥٧٤,٠ | ٦٤٣٩,٣ | ١٩٨٢ / ٨١ | الزراعة الصناعة والتعدين البتروك ومنتجاته الكهرباء التشييد والبناء |
| ٢٧,٦ | ٢٨,٧ | ٢٨,٩ | ١٧٧٩,٣ | ١٥٧٤,٠ | ٦٤٣٩,٣ | ١٩٨٢ / ٨١ | |
| ٧٠,٨ | ٧١,٧ | ٧١,٩ | ١٠٥٨٩,٩ | ٦٨١٨,٧ | ١٤٩٤٩,٣ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٠,٨ | ٢١,٠ | ٢١,٥ | ١٠٥٨٩,٩ | ٦٨١٨,٧ | ١٤٩٤٩,٣ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٤٢,٨ | ٤٢,٦ | ٤٢,٠ | ١٤٥٠,٧ | ٨٠٨,٥ | ٦٦١٢,٧ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٥٦,١ | ٥٦,٩ | ٥٦,٩ | ١٧٨١,٠ | ٨٥٠,٠ | ٣٤٠٠,٤ | ١٩٨٣ / ٨٢ | مجموع القطاعات السلعية |
| ٤٩,٧ | ٤٩,٥ | ٤٩,٩ | ١٠٥٦٥٩,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | النقل والتخزين والمواصلات |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | قناة السويس |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | التجارة |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | التمين |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | المطاعم والفنادق |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | مجموع قطاعات الخدمات الانتاجية |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | ملكية العقارات |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | المرافق العامة |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | خدمات اجتماعية وشخصية |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | التأمينات الاجتماعية |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | الخدمات الحكومية |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | مجموع قطاعات الخدمات الاجتماعية |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | الإجمالي العام |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |
| ٢٧,٣ | ٢٧,٠ | ٢٧,٠ | ١٠٥٢٦,١ | ١٠٥٢٦,١ | ٣١٥٥٠,٠ | ١٩٨٣ / ٨٢ | |

على تحفيز العاملين واهتمامهم بالقيام بأعباء وظائفهم .

ويتم تحديد الأجر على مرحلتين :

المرحلة الأولى :

وتشمل تحديد العبد الذى تتحملة كل وظيفة أو كل عمل ومقارنة هذا العبد بأعباء الوظائف والأعمال الأخرى ، وهو ما يعرف بتقييم الوظائف الذى يتم بأحد الأساليب الفنية المعروفة لدى خبراء التنظيم والإدارة .

المرحلة الثانية :

وتشمل تحويل قيمة الوظيفة الى صورة نقدية ، إما عن طريق الرسوم البيانية ، أو باستخدام المعادلات الرياضية .

وفيما يلى عرض موجز لأهم طرق حساب الأجر :

طريقة حساب الأجر حسب الزمن :

يتم فى هذه الطريقة حساب الأجر بتحديد فنته على أساس وحدة زمنية يقضيها العامل فى العمل ، بحيث يتناسب دخل العامل مع نسبة الوقت الذى يقضيه داخل العمل ، وعلى أساس افتراض أن العامل سيعمل طوال الوقت المتفق عليه بأكبر عناية وكفاءة ممكنة ، مادامت المنشأة تهيم له ظروف العمل الملائمة .

وتتصف هذه الطريقة بعدد من المزايا ، من أهمها انها تعطى العامل الشعور بالامان والاستقرار ، بجانب أنها تتميز بالسهولة والبساطة فى التطبيق .

وفى الجانب الآخر توجه لهذه الطريقة عدة انتقادات، من أهمها :

- أن كمية الأداء فى ظل طريقة الأجر الزمنى تتوقف على تقدير العامل نفسه ، وعلى رقابة الإدارة عليه مما يسهم العمل بالروتينية والبطء .

- أن عمال الأجر الزمنى ينتجون ما يعادل ٦٠٪ أو ٧٠٪ من المستوى الذى ينتجه عمال أجر الانتاج ، بسبب عدم الاهتمام بالعمل ، وما يضيع من الوقت فى الثثرة مع الآخرين ، وفى بعض الأعمال غير المنتجة .

- انها لاتأخذ فى الاعتبار الفروق بين العاملين فلا تشجع العامل الممتاز أو المتفوق فى الأداء .

- يصعب التنبؤ مقدما فى ظلها بتكلفة العمل كعنصر من عناصر

سياسة الحوافز

وربط الأجر بالانتاج

نظرا لأن رفع الانتاجية يستلزم توافر عناصر متعددة ومتداخلة ، فسوف يتناول المجلس هذه العناصر بالدراسة المفصلة التى تنتهى الى توصيات محددة ، يكفل تنفيذها رفع الكفاية الانتاجية ، والنهوض بالاقتصاد القومى ، وتخفيض العجز فى الميزان التجارى .

وفيما يلى دراسة لنظم الأجر والحوافز - والتى تمثل عنصرا مؤثرا فى رفع الانتاجية - بهدف وضع سياسة لها تؤدى الى ربطها بالانتاج المطابق للمواصفات المطلوبة ، وسوف تتم دراسة باقى العوامل تباعا على هذا الاطار ، فى دورات المجلس القادمة .

الحوافز وربط الأجر بالانتاج

يتفق خبراء الإدارة على أهمية الأجر كحافز للعاملين ، ومؤثر قوى على كفاءة أدائهم ونتاجيتهم ، لذلك كان من الضرورى الاهتمام بتحديد الأجر لمختلف الوظائف والأعمال على أسس عادلة وفى بناء متكامل ومتناسق داخل الوحدات المختلفة ، ووفقا لطبيعة كل وظيفة أو مجموعة من الأعمال .

طرق تحديد الأجر وأثرها على الانتاج :

تتعدد طرق احتساب الأجر ، وتوضح الدراسات مدى تأثير كفاءة الأداء للعاملين بطرق تحديد الأجر واحتسابه ، فلكل طريقة منها أثرها

الانتاج فى الوحدات الانتاجية .

- وحدة تكلفة العمل تكون عادة مرتفعة فى الأجور الزمنية ، بالنسبة للأجور عما لو كانت عليه حين تدفع على أساس الانتاج .

- لا تنطوى على أى حافز أو مشجع للعاملين على بذل أقصى جهد لزيادة الاداء ماداموا لن يستفيدوا من أى زيادة يقدمونها فى الانتاج ، ولعلاج ذلك ظهرت طريقتان متطورتان لدفع الاجر بالزمن ، تقتربان من طريقة دفع الأجر بالانتاج ولكنهما لا تعتبران منها ، لأن أساس توحيد فئة الاجر فيهما ما يزال وحدة الزمن وليس وحدة الانتاج ، وهاتان الطريقتان هما :

• طريقة الأجر الزمنى المتغير وتقوم على أساس وضع فئتين أو معدلين للأجر أحدهما منخفض والآخر مرتفع ويدفع المعدل المنخفض للعاملين الذين ينتجون الحد الأدنى من الكمية المحددة للإنتاج ويدفع المعدل المرتفع للعاملين الذين يتعدون الحد الأدنى ويزيدون عليه ، ويقدر الخبراء الفرق بين الحدين - ليكون حافزا مناسباً - بما نسبته ٢٥٪ بين المعدلين .

• طريقة الأجر الزمنى بعد قياسه وتعتمد على تقييم كل من الوظيفة والفرد فيدفع لكل فرد معدل أجر للساعة يتكون من جزئين : جزء يمثل ٧٥٪ تقريبا من اجمالى المعدل ويسمى المعدل الاساسى ، ويدفع لجميع العاملين ، ويحدد على أساس عدة عوامل فى الوظيفة مثل المهارة والمسئولية وظروف العمل . أما الجزء الثانى من المعدل ويسمى « المعدل الشخصى » فيحدد بناء على العوامل التى تتحكم فى درجة كفاءة العامل نفسه مثل مقدار الكمية التى ينتجها ودرجة عنايته بالانتاج ، ودرجة اعتماده على نفسه ودرجة المرونة التى يتمتع بها . ويتم تقييم الفرد لتحديد نسبة المعدل الشخصى دوريا على فترات تتراوح بين شهر وثلاثة شهور ، بحيث تتخذ نتيجة التقييم لفترة ما أساسا لتحديد المعدل الشخصى فى الفترة التالية .

ويؤخذ على هاتين الطريقتين انهما تثيران فى التطبيق الادارى

بعض المتاعب والصعوبات بسبب تذبذب فئة الأجر بين المعدل العادى والمرتفع أو زيادة ونقصان المعدل الشخصى ، مما يؤدى الى نوع من عدم الاستقرار والأمان لدى العامل بالنسبة لدخله و يسبب له قلقا نفسيا الى درجة قد تلقى العنصر التشجيعى فيها .

طريقة حساب الأجر بالانتاج :

يحسب الأجر فى هذه الطريقة على أساس وحدة انتاجية فاذا زاد عدد الوحدات الانتاجية ارتفع الأجر ، واذا قل نقص الأجر ويذكر يتحقق التناسب بين أجر العامل وما يقدمه من انتاج .

وتتصف هذه الطريقة بعدد من المزايا الهامة ، منها :

- دفع العاملين الى بذل أقصى طاقة ممكنة لإنتاج الحد الأقصى الذى تمكنهم قدراتهم من انتاجه للحصول على أكبر أجر ممكن ، وهى بذلك تؤكد الفرق الفردية بين العامل الممتاز ذى القدرات العالية وبين العامل العادى والمبتدىء وهذا الأسلوب فى نظر الخبراء أضمن طريقة يمكن استخدامها للحصول على الزيادة السريعة فى الانتاج .

- ينظر اليها العاملون على انها أكثر طرق تحديد الأجر عدالة .

- تنمى العلاقات الحسنة بين الادارة والعاملين فهى بتشجيعها العاملين على زيادة مجهودهم ، تحقق مصلحة مشتركة للعاملين بارتفاع دخولهم وللادارة بانخفاض تكلفة الانتاج .

وفى الجانب الآخر توجه لهذه الطريقة بعض الانتقادات ، من أهمها :

- أن الأثر التشجيعى لهذه الطريقة يتوقف على الروح المعنوية السائدة بين العاملين فاذا كانت منخفضة يخشى الأفراد المتفوقون من تأثير انتاجهم المرتفع على الأفراد متوسطى الكفاءة ويدفعهم الى الحد من الزيادة فى انتاجهم للحفاظ على علاقتهم بزملائهم .

- ما قد يسود بين العاملين من أن الادارة سوف تلجأ الى زيادة معايير الانجاز المطلوبة أو الى خفض معدل الأجر أو الاستغناء عن بعضهم اذا زاد معدل الانتاج .

- قد تدفع بعض العاملين في ضوء عدم وجود حد أقصى للإنتاج إلى أرهاق أنفسهم بدرجة كبيرة لزيادة إنتاجهم والحصول على أجر أكبر .

- إنها لا تقدر شيخوخة العاملين أو المرضى منهم وكذلك لا يأمن الأفراد في ظلها بسبب الخشية من التقدم في السن ، أو المرض حيث تتناقص قدراتهم على أداء العمل والسرعة فيه وبالتالي تتأثر دخولهم .
- لاتراعى الظروف الاجتماعية للعاملين أو ما يتعرضون له من ظروف قهريّة أو عجز عن العمل.

- أن نطاق تطبيق هذه الطريقة محدود ، فالأثر التشجيعي لها على زيادة الجهد لا تسمح به طبيعة بعض الوظائف كذلك التي تحدد الآلات فيها الوقت اللازم لإنجاز العمل ، أو تلك التي تحدد سرعة الإنتاج فيها عوامل تخرج عن إرادة العامل وتحكمه ، وفي وظائف الخدمات إذ يخشى أن يؤدي تطبيقها إلى خفض مستوى الخدمة بسبب رغبة الفرد في إنجازها بسرعة لزيادة أجره .

ومع ذلك فإن طريقة دفع الأجر بالإنتاج تعتبر طريقة فعالة لزيادة الانتاجية وربطها أجر العامل بالمجهود المبذول .

ومن صور هذه الطريقة لتحديد الأجر مايلي :

طريقة حساب الأجر بالقطعة :

وفيها يتم تحديد أجر لكل وحدة من الوحدات المنتجة ويجري حساب أجر العامل على أساس إجمالي الأجر المحدد لعدد الوحدات المنتجة في خلال المدة التي تدفع عنها الأجر وهذه الطريقة تتميز ببساطتها وملائمتها لبعض الأعمال المنمطة مثل أعمال التشييد والبناء ، فيقدر أجر عامل البناء على أساس المتر المكعب أو الألف طوبة التي يتم بنائها وأجر المبلط على أساس أجر ثابت لكل متر مربع من البلاط الذي يتم تركيبه وأجر عمال الخرسانة على أساس أجر محدد لكل متر مكعب من الخرسانة .

طريقة حساب الأجر بالعمولة :

وفي هذه الطريقة يتم حساب الأجر على أساس رقم الأعمال التي يؤديها العامل ، فمثلا في حالة عمال البيع يحدد أجر العامل على أساس رقم مبيعاته ، وفي قطاع التأمين يقدر أجر العامل على أساس

٤٩٠

الصفقات التي يعقدها ، وغالبا ما يتم الجمع بين نظام الأجر الزمني والعمولة ، بحيث يحدد أجر العامل على الأساس الزمني وتضاف إليه عن عمولة كل وحدة مبيعات أو صفقة يعقدها لصالح الوحدة .

وهناك طريقتان لمنح العمولة :

العمولة الجماعية : وتمنح على أساس الجهود المشتركة لعمال المجموعة الواحدة أو القسم الواحد ، ثم تقسمها على كل منهم على أساس محدد ، ويتميز بأنها توفر التكاتف والتعاون بين مجموعة متكاملة من العمال على زيادة الإنتاج وعدم وجود الأحقاد بينهم ويؤخذ عليها أنها قد تخلق بعضا من التكاسل والتواكل على باقي الزملاء في زيادة رقم الإنتاج أو في إتمام صفقة أو في خدمة أحد العملاء .

العمولة الفردية : ومن أهم مزاياها ذلك الحافز القوي المباشر للعامل على زيادة نشاطه ومشاركته إلى جذب العملاء والاحتفاظ بهم وتكوين صداقات معهم ويؤخذ عليها أنها قد تؤدي بعمال البيع إلى التنافس فيما بينهم على جذب العملاء بشكل قد يسيء إلى سمعة المنشأة وإلى أخلاقيات العمال أنفسهم .

وتلجأ بعض شركات التأمين والمنشآت التجارية إلى الجمع بين الطريقتين معا للاستفادة من مزاياهما ، ومحاولة التخلص من عيوبهما بقدر الامكان ، وذلك بتقرير عمولة جماعية تمثل نسبة من الصفقات والمبيعات الاجمالية توزع على أساس مرتب كل عامل ، ثم عمولة فردية لمن يزيد رقم أعماله على حد معين ، أو تكملة العمولة الجماعية بحافز آخر ، لمراعاة كمية الإنتاج الفردية لكل عامل عند منح العلاوات النورية أو أي مكافآت تشجيعية أخرى .

ربط الأجر بالإنتاج في نظم العاملين :

تجيز نظم العاملين بالحكومة والقطاع العام تحديد الأجور على أساس الإنتاج أو القطعة أو العمولة ، وخوات هذه النظم مجلس ادارة الوحدة الاقتصادية أو السلطة المختصة بالنسبة للعاملين المدنيين بالدولة في وضع أنظمة العمل بالإنتاج أو القطعة أو العمولة بما يحقق الربط بين الأجر والجهد المبذول .

فقد نصت المادة ٤٧ من نظام العاملين بالقطاع العام الصادر بالقانون رقم ٤٨ لسنة ١٩٧٨ على أنه « يجوز لمجلس الادارة وضع نظام

فى كثير من المصانع تعمل بالانتاج ومعظم عمال التشييد والبناء يعملون بالانتاج ، ونظام العمولة مازال مطبقا على عمال البيع فى متاجر التجزئة التابعة لشركات القطاع العام وكذلك فى شركات التأمين .

- تعذر تدبير الخدمات اللازمة لزيادة الانتاج مع زيادة جهد العامل (مثل انتظام تشغيل الآلات ، وقوافر المستلزمات) .

- ارتفاع التكاليف بسبب عدم دقة معدلات الأداء المحددة .
- وجود ثغرات فى التطبيق بسبب تخلف الأساليب المتبعة فى التنفيذ (تسلط الرؤساء - أخطاء فى تسجيل الانتاج ، تأخر صرف المستحقات - اساءة استخدام المعدات والتجهيزات) .

- انعدام العدالة فى توزيع الزيادة المستحقة بسبب حساب الانصبه على أساس الاجور الاساسية .

- ارتفاع معدلات العادم أو التالف أو المعيب من الانتاج ، بسبب الرغبة فى زيادة الانتاج حتى وان كانت مواصفاته دون المستوى المطلوب .

- الخشية من فكرة الحوافز الجماعية بسبب احتمالات اساءة الاستخدام لصالح مجموعة من الافراد .

ويعتقد البعض أن الحوافز المطبقة حاليا فى وحدات الانتاج تعتبر كافية لربط الزيادات فى أجور العاملين بما يساهمون به من جهود ، فنظام المشاركة فى الأرباح والمكافآت التشجيعية ، تعتبر أنظمة كافية للمكافأة عن الجهود الإضافية . كذلك يرجع البعض عدم حماس الإدارة لتطبيق أنظمة ربط الأجر بالانتاج فى الوحدات التى لا يوجد بها هذا النظام الى مايتأتى :

- عدم استعداد النولة لشمول التطبيق وامتداده لرجال الادارة الذين لايجدون أى فائدة متوقعة للحماس طالما أن أجورهم ستظل ثابتة وفى حدود المرتب وبدل التمثيل .

- الخوف من زيادة فى الأجور دون زيادة حقيقية فى الانتاج ، وهو أمر يحدث اذا وضع النظام دون دراسة جادة لظروف التطبيق .
- عدم وجود مقاييس موضوعية وخاصة لجهود العمالة غير المباشرة .

للعمل بالقطعة أو بالانتاج أو بالعمولة ، بحيث يتضمن هذا النظام معدلات الاداء الواجب تحقيقها بالنسبة للعامل أو مجموعة العاملين والأجر المقابل لها وحساب الزيادة فى هذا الاجر عند زيادة الانتاج عن المعدلات المقررة ، وذلك دون التقيد بنهاية الأجر المقرر للوظيفة .

كما نصت المادة ٤٩ من نظام العاملين المدنيين بالدولة الصادر بالقانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٧٨ على أن « للسلطة المختصة وضع نظام للعمل بالقطعة أو بالانتاج فى الجهات التى يسمح نشاطها بذلك بحيث يتضمن هذا النظام معدلات الاداء الواجب تحقيقها بالنسبة للعامل أو مجموعة العاملين وحساب الزيادة فى الأجر عند زيادة الانتاج عن المعدلات المقررة وذلك دون التقيد بنهاية الأجر المقرر للوظيفة » .

ويطبق هذا النظام فى مصر على مجموعات كبيرة من العاملين بالقطاع العام ، فمعظم شركات الغزل والنسيج تطبق أنظمة تحديد الأجور على أساس الانتاج ، وشركات المقاولات تطبق نظام الاجر بالقطعة ، وشركات التجارة الاستهلاكية وشركات التأمين تطبق نظام العمولة .

مشكلات تطبيق نظام ربط الاجر بالانتاج :

يصاحب تطبيق نظام الاجر بالانتاج عدة مشكلات يرجع بعضها الى حداثة النظام والبعض الآخر الى ظروف التطبيق ، واذا لم تعالج هذه المشكلات قرر ظهورها فانها تؤدى الى ظهور اضرار تزيد على المزايا التى يحققها النظام . ويتفق الجميع على أن أهم هذه الاضرار يتمثل فى حصول العاملين على زيادة فى الأجر دون أن تصاحبها زيادة حقيقية فى الانتاج .

وقد أجريت دراسة ميدانية عن تطبيق أنظمة ربط الاجر بالانتاج فى ٧٥ شركة من شركات القطاع العام وأوضحت الدراسة ما يصاحب تطبيق هذه الأنظمة فى الصناعة المصرية من مشكلات ، أهمها مايلى :
- ضعف ثقة العاملين فى مقدرة الإدارة على تطبيق نظام ربط الأجر بالانتاج أو المحافظة على استمراره ، وهى مشكلة تحتل مكان الصدارة بين هذه المشكلات ، ويبدو هذا الامر غريبا لأن العمالة المباشرة

حوافز العمل :

- تتوقف كفاءة أداء الفرد لعمله على عنصرين أساسيين ، وهما :
- المقدرة على العمل ، وتتمثل في مهارات الفرد وقدراته الشخصية
التي ينمىها التعليم والتدريب .

- الرغبة في العمل وتدفعها الحوافز التي تجعل سلوكه في الاتجاه
الذي يحقق أهداف زيادة الانتاج .

والحوافز هي مجموع العوامل التي تهيئها الإدارة للعاملين لتحريك
جهود الأفراد نحو الأهداف التي يسعى المجتمع الى تحقيقها ، وهي
تتمثل في السعي الى حسن استغلال عوامل الانتاج المختلفة ، وأهمها
العامل البشري ، فهو دعامة الانتاج ، والعنصر الذي لا يمكن استعاضته
ويستغرق وقتا طويلا في تنشئته وإعداده ، وتحدد مهارته مدى كفاءة
المشروع ونتاجيته .

والحصول على نظرة متكاملة عن الموقف الحافز لا تتوقف على تناول
الفرد العامل وحده ، والنظريات التي تحكم سلوكه الانساني ، وانما تمتد
أيضا الى جماعة العمل ، والمتاخ العام السائد في هذه الجماعة
والضغوط التي تمارسها الجماعة عليه ، والخصائص التي تتسم بها .
والوظيفة التي يؤديها الفرد « بعد ثالث » بالنسبة للموقف الحافز ،
فقد اصبحت من المسلم به أن هذه الوظيفة ومحتوياتها ، لها أثرها على
قوة الحافز لدى الفرد وقدرته على العمل الفعال ، فلكل وظيفة طابعها
المميز وتأثيرها على درجة رضا الفرد عن عمله .

وسائل وأساليب الحوافز :

تتعدد وسائل وأساليب الحوافز التي يمكن للإدارة استخدامها
للحصول على أقصى كفاءة ممكنة من الأداء الانساني للأفراد ، فقد
تكون الحوافز ايجابية أو سلبية ، مادية أو معنوية ، مباشرة أو غير
مباشرة ، جماعية أو فردية ، ضرورية أو مساعدة ، أصلية أو بديلة .
والمعنى الحقيقي الذي تدل عليه هذه التقسيمات جميعها هو أن حوافز
العاملين متعددة ، وأن الرغبة فيها تتفاوت فيما بين العاملين من حيث
أهميتها لديهم ، ومن ثم فان على جهة الإدارة ان تختار الحافز الذي

يمثل الرغبة الملحة والهامة والقصوى لدى العاملين في وقت معين ، بعد
تحديد حاجات العاملين ورغباتهم التي تمثل التأثير على ادائهم
وسلوكلهم ، لاشباعها بحوافز مناسبة .

والواقع أن تقدير نوع الحوافز الضرورية المناسبة وتجنب الحوافز
المتعارضة ، وتوفير طرق اغراء وترغيب مؤثرة وتقرير نوع الحوافز
والمرغبات الفعالة والممكنة أمور حساسة ومعقدة ، الى درجة تجعل من
المتعذر تقرير نظام محدد سلفا للحوافز قبل تطبيقها ، فضلا عن محاوله
تعميمه بالنسبة لجميع الوحدات .

ان الرغبة في تحقيق مجتمع تسوده الكفاية والعدل ، تعنى تحقيق
مجموعة من الأهداف المترابطة للتغيير الاقتصادي والاجتماعي ،
والانتاج في مقدمة العوامل المؤثرة في الموقف الاقتصادي ، وعند ربط
موضوع الانتاج في مصر بالحوافز ، يتبين انه قد استحدث عدد
مناسب منها ، في مقدمتها : تحديد حد أدنى للأجور ، ومشاركة العمال
في الأرباح وتخفيض ساعات العمل وتحديثها ، وادخال التأمينات
بصورها المختلفة ، هذا الى جانب الحوافز المعنوية التي تستهدف
الارتقاء بقيمة العامل والاعتراف بقدرته وأهميته ، علاوة على الحوافز
التقليدية بصورها العديدة ومن أهمها مايلي :

الحوافز المادية :

وهذه الحوافز تشمل :

- المكافآت المالية

- زيادة الأجور : وقد يأخذها العامل على أساس أنها حق واجب
لمقابلة ارتفاع تكاليف المعيشة ، فلا يكون لها تأثير كحافز مالم تقتزن
مباشرة بعمل ممتاز أداءه أو بمجهود غير عادي بذله .

- المشاركة في الأرباح : ولهذا النظام مزايا يمكن اجمالها في
الآتي :

- ربط المصالح الذاتية للعامل بمصلحة الوحدة التي يعمل بها
وبأهدافها وبذلك تنمو لدى العامل مشاعر الولاء للعمل .
- أن يشعر العامل بمشاركته في ربح شارك في تحقيقه ، وهذا

يحفضه من جديد على زيادة الانتاج .

— أن العامل الذى يشترك فى الحصول على الربح ، يزداد شغفه بعمله ويتفوق فيه .

— أن العامل لايتحمل اية أعباء اضافية اذا لم تحقق المنشأة ربحا .
والى جانب هذه المزايا تبدو نقاط ضعف فى نظام الاشتراك فى الارباح أهمها مايتأتى :

— أن مجهود العامل محدود فى زيادة أرباح المنشأة حيث تتدخل عوامل اخرى هامة ومؤثرة فى تحقيق الربح .

وقد يحدث ان يبذل العامل جهدا كبيرا ، ثم يتضح أن المنشأة لم تحقق ربحا يمكن توزيعه عليه .

— مضى فترة طويلة من الوقت بين أداء العمل وبين تسلم الربح ،
يؤدى الى شعور العامل بانعدام رابطة السببية بين مجهوده وتحقيق الربح .

— عادة ماتتحول نظرة العامل الى نصيبه فى الارباح على أنه جزء من الاجر ، وفى كثير من المنشآت يأخذ توزيع الارباح صفة الاستمرار ، بحيث يفقد أثره كحافز مادي .

ويمكن الحصول على مزيد من تعاون العاملين وانتاجهم فى ظل نظام هذه الحوافز المادية ، على أن تتناسب هذه الحوافز مع طبيعة العمل ومقدار الجهد المبذول والنتائج التى أمكن الحصول عليها ، وعلى ان يدرس موضوع الحوافز المادية فى كل منشأة أو وحدة على حدة ، وأن تتقرر الحوافز بعد هذه الدراسة التى تأخذ فى اعتبارها طبيعة الاعمال ، ونوع الانتاج ومخاطر العمل ، وأثره فى الاقتصاد القومى ، وأن تتأكد المنشآت ووحدات الانتاج المختلفة من أن تقديم الحوافز المادية ليس عبئا عليها ، وانما تسهم هذه الحوافز ونتائجها فى تحقيق أهداف زيادة الانتاج ، اذ ان الأساس الاقتصادى للحوافز هو ارتباطها بزيادة الانتاج ، فلا يصح منح حافز إلا نظير زيادة الجهد المبذول وما يؤدى إليه هذا الجهد من زيادة الانتاج ، والا أصبح نظام الحوافز وسيلة للتهدير والاسراف ، أو مجرد زيادة دخول العاملين بون انتاجية ، مع

مايؤدى اليه ذلك من تضخم على المستوى القومى .

ونجاح الربط بين الحافز والعائد ، بما يحقق الأساس الاقتصادى للحافز ، يتوقف على أمرين اساسيين :

أولهما : وضع وسائل ومعايير موضوعية لقياس العمل .
ثانيهما : المتابعة والتقييم الدقيق والمستمر لتطبيق نظام الحوافز ،
مما يساعد الادارة على أن تكون على بينة من درجة التوافق بين التكلفة والعائد .

على أن حصيلة التجارب والدراسات العلمية قد أسفرت عن أن الحوافز المادية وحدها ليست كافية ، ومالم تساندتها أنواع أخرى من الحوافز ، فان أثارها لن تتعدى مجرد اشباع الحاجات البيولوجية لدى الافراد ، ومن ثم تصبح الحوافز المادية ضئيلة الأثر ، بعد حد الاشباع المناسب لهذه الحاجات ولذلك نجد أن كثيرا من العاملين لايسعون الى زيادة العمل أو زيادة الانتاجية للحصول على مكاسب اضافية ويتعذر حفزهم ماديا على الاسهام فى زيادة الانتاج الا بقدر معين من جهودهم .

الحوافز المعنوية :

لقد دلت البحوث على ان الدوافع التى تحكم وضع نظام للحوافز تنقسم الى قسمين :

الاول : يشمل دوافع الامن والاستقرار فى العمل والاطمئنان على المستقبل الوظيفى والعلاقة مع الرؤساء ، وهى اساس يتعذر بدونه النجاح فى حفز العاملين على العمل وعلى زيادة الانتاج وتحسينه ، اذ يتعين أولا اشباع هذه المجموعة من الحاجات لكى يمكن الوصول بالمجموعة الثانية الى أعلى مستوياتها .

الثانى : يتضمن دوافع الانجاز ، وتمثل الحاجة الى الانتاج والتفوق فى الاداء والى التقدير والى الاعتراف بالوجود والاهمية بناء على الانتاج الممتاز . ويبدو أنه تحت ظروف التغيير الاجتماعى السريع ، انصرف الاهتمام ، فى المقام الأول ، الى اشباع حاجات الامن والاستقرار ، وفى كثير من الاحيان بدرجة تتجاوز تحديات حاجات

- التردد في استعمالها بسبب آثارها المادية والاجتماعية .
- اتجاه بعض الرؤساء ، نتيجة لظروف التغيير الاجتماعى ، الى عدم استعمال الروادع منعا لاثارة المشكلات وايتارا للسلام .
- ضيق نطاق السلطة التى يتمتع بها بعض الرؤساء فى توقيع العقوبات على العاملين .
- مضى فترة زمنية طويلة بين وقت اكتشاف الاهمال أو المخالفة وبين توقيع العقوبة .
- الميل الى استعمال الحوافز الرادعة للعقاب وليس للاملاح .
- عدم وجود معدلات اداء فردية وجماعية فى مجالات العمل المختلفة .

الحوافز فى تشريعات العاملين :

حرص المشرع فى نظامى العاملين المدنيين بالدولة والعاملين بالقطاع العام الصادرين بالقانونين رقمى ٤٧، ٤٨ لسنة ١٩٨٧ ، على الاخذ بنظام الحوافز لتشجيع الكفاء وحث العاملين على بذل المزيد من الجهد فى اداء واجبات ومسؤوليات وظائفهم فنص على الحوافز المختلفة التى تثير الرغبة فى العمل لدى العاملين ، وتدفع القوى الكامنة فيهم للمساهمة ، عن رغبة واقتناع ، فى زيادة الانتاج ورفع مستواه . وأبرز ماتضمنه نظاما العاملين المشار اليهما فى هذا المجال من الحوافز الايجابية مايلى :

العلاوات التشجيعية :

نص نظاما العاملين المدنيين بالدولة والعاملين بالقطاع العام على أنه يجوز منح العامل علاوة تشجيعية تعادل العلاوة الدورية المقررة ولوكان قد تجاوز نهاية الأجر المقرر للوظيفة وفقا للشروط التالية :

أن تكون كفاية العامل قد حددت بمرتبة ممتازة عن العاملين الآخرين ، وأن يكون قد بذل جهدا خاصا أو حقق اقتصادا فى النفقات أو رفعا فى مستوى الاداء .

- لا يمنح العامل هذه العلاوة اكثر من مرة كل سنتين .

- لا يزيد عدد العاملين الذين يمنحون هذه العلاوة فى سنة واحدة

الانتاج ، ومن الواضح أن الابقاء على الأعداد الزائدة من العمالة عن حاجة العمل ببعض الوحدات والمنشآت ، وسياسة تعيين فائض الخريجين تؤكد هذا الاتجاه . ومن المؤكد أن عدم وجود سياسة لمعدلات الاداء بمعظم الوحدات الانتاجية وعدم وجود سياسة لتقييم العاملين على أساس مثل هذه المعدلات ، كلها عوامل تذكى مشاعر الأمن والاطمئنان المتزايدة لدى العاملين دون أن تمتحن قدراتهم أو توفر الحوافز التى تتحدى امكانات الانتاج لديهم .

والتدريب السليم المجدى يمكن أن يكون فى مقدمة الحوافز من حيث قيمة العلم والمعرفة كمنصر أمن ومصدر ثقة بالنفس ، الى جانب اشباعه لحاجة الفرد للنمو والتقدم الوظيفى واكتساب التجارب الجديدة . وكذلك تعتبر العلاقات الانسانية الطيبة - التى تقتضى مساهمة الفرد فى أمور المنشأة أو الوحدة التى تهمة ، وفى اتخاذ القرارات المتصلة بعمله - حافزا هاما ، وعندما يكون الانتاج جماعيا ، يمكن زيادته باشتراك المجموعة فى تحديد أهدافه .

الحوافز السلبية :

الحوافز السلبية أو الرادعة تتضمن نوعا من العقاب يدفع العامل الى الخشية من الوقوع فى الخطأ ، والحافز الرادع لا يحفز على زيادة الانتاج ولايؤدى الى بذل أقصى الطاقات لدى الفرد الذى عادة مايؤدى العمل بالدرجة التى لاتعرضه للعقاب . أما الحافز الايجابى فيحرك قدرات العامل على العمل وزيادة الانتاج ، لذلك يجب أن تطبق الحوافز السلبية بقدر والا تتخذ اساسا لتحريك العمل ، أو دفع الانتاج ، وخاصة أنه ايسر جدا على الرئيس اصدار قرار بالعقوبة من أن يحاول تجريب اساليب الحفز الايجابية .

والملاحظ أن الحوافز السلبية فى مصر محدودة الفاعلية ، بالرغم من أن حاجات الأمن قد اشبعت بالدرجة التى أدت الى ظهور اتجاهات الدعة والسلبية ، وكان يمكن فى ظل نظام فعال للحوافز السلبية الوصول الى توازن يحقق الصالح العام .

ويرجع ضعف فاعلية الحوافز الرادعة للأسباب التالية :

على ١٠٪ من عدد العاملين في وظائف كل درجة من كل مجموعة نوعية على حدة

وإذا قل عدد العاملين في إحدى درجات المجموعة النوعية عن ١٠٪ يجوز منح العلاوة لعامل واحد .

ولا يمنع منح العلاوة من استحقاق العلاوة الدورية في موعدها .

كما يجوز منح العلاوة التشجيعية للعاملين الذين يحصلون على مؤهلات علمية أعلى من مستوى الدرجة الجامعية الأولى .

والعلاوات التشجيعية نظام مستحدث في تشريعات العاملين ، ولم يؤخذ بها في تشريعات العاملين بالقطاع العام إلا منذ سنة ١٩٦٢ وفي القطاع الحكومي منذ سنة ١٩٦٤ ، وتشير التعديلات المتعاقبة التي أجراها المشرع على نظام العاملين في القطاعين منذ تلك الفترة إلى رغبته في زيادة فاعلية هذا النظام المستحدث .

المكافآت التشجيعية :

نص نظاما العاملين بالحكومة والقطاع العام على جواز تقرير مكافآت تشجيعية للعامل الذي يقدم خدمات ممتازة أو أعمالا أو بحوثا أو اقتراحات تساعد على تحسين طرق العمل أو رفع كفاءة الأداء .

وتعتبر هذه الصورة من الحوافز من أكثر الحوافز فاعلية نظرا لاطلاقها ، سواء فيما يتعلق بقيمة هذه المكافأة أو سلطة منحها أو شمولها لوسائل ترشيد العمل ، تشجيعا للعاملين على بذل الجهد الممتاز وشحن الهمم نحو الابتكار وتحسين الانتاج وزيادته .

بيد أن الملاحظ أنه كثيرا ما تستعمل المكافآت التشجيعية في غير ما خصصت من أجله ، وفي أغراض بعيدة عن مصلحة العمل ، مما دعا البعض إلى المطالبة بوضع ضوابط تحقق الهدف من تقريرها .

الجهود غير العادية :

نص نظاما العاملين السابق الإشارة إليهما على أن يستحق العامل مقابلا عن الجهود غير العادية والأعمال الإضافية التي يكلف بها من الرئيس المختص وذلك طبقا للقواعد والضوابط التي تضعها السلطة المختصة .

وقد أظهر تطبيق هذا ملحوظات أساسية ، من أهمها :

- منح هذه الأجور الإضافية والجهود غير العادية وفقا للتقدير الشخصي لرئيس الجهة المختص دون معايير واضحة ، وذلك فضلا عن سوء توزيع التكاليف بالعمل الإضافي بحيث يخص به فريقا دون الآخر .
- منح الكثير من الجهات الأجور عن الجهود غير العادية على أساس الدورية والشمول لجميع العاملين ، وكثير من التكملة للمرتب الأصلي ، مما أفقدها صفة الحافز عن الجهد غير العادي المبذول .

نظام مكافأة وزيادة الانتاج :

وهو نظام استحدث في التشريع المصري واصطلح على تسميته بنظام الحوافز فنصت المادة ٥٠ من نظام العاملين المدنيين بالدولة الصادر بالقانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٨٧ على أن تضع السلطة المختصة نظاما للحوافز المادية والمعنوية للعاملين بالوحدة بما يكفل تحقيق الاهداف وترشيد الاداء ، على أن يتضمن هذا النظام فئات الحوافز المادية وشروط منحها ، ولا يكون صرف تلك الحوافز بفئات موحدة وبصورة جماعية كلما سمحت طبيعة العمل بذلك ، وأن يرتبط صرفها بمستوى أداء العامل والتقارير الدورية المقدمة عنه ، كما نصت المادة ٤٨ من نظام العاملين بالقطاع العام الصادر بالقانون رقم ٤٨ / ١٩٧٨ على أن يضع مجلس الإدارة نظاما للحوافز المادية والأدبية على اختلاف أنواعها بما يكفل تحقيق أهداف الشركة وتحقيق زيادة الانتاج وجودته وذلك على أساس معدلات قياسية للأداء والانتاج ، ولما كشف التطبيق العملي عن صعوبة وضع معدلات الأداء القياسية في الوحدات الحكومية المشار إليها في المادة ٥٠ من القانون ٤٧ لسنة ١٩٨٧ - أضطر المشرع إلى تعديل هذا الحكم بالقانون رقم ١١٥ لسنة ١٩٨٣ وربط صرف الحافز بمستوى أداء العامل والتقارير الدورية المقدمة عنه .

أما بالنسبة لنظام مكافأة زيادة الانتاج أو الحافز في وحدات القطاع العام ، فقد ربط المشرع صرف هذه المكافأة بمعدلات قياسية للأداء ، وذلك نظرا إلى سهولة وضع معدلات الأداء للأعمال المختلفة في الوحدات الاقتصادية حيث تسمح بذلك طبيعة معظم الأعمال بها . وهذا

العمل وزيادة الانتاج . ومن المقترحات المفيدة فى هذا الشأن ، ابراز جهود المتمازين من العاملين فى صورة لوحات شرف أو شهادات تقدير تمنح لهم ، ويمكن كذلك تنظيم رحلات ترفيهية لذوى الكفاءات الممتازة ولاسرهم ينفق عليها من حصيلة الجزاءات أو من الاعتمادات المخصصة للرعاية الاجتماعية .

والحوافز الادبية أو المعنوية لاتقل أهمية عن الحوافز المادية ، فهى من ناحية تحقق اشباع الحاجة الى التقدير لدى المجتهدين ، ومن ناحية أخرى تثير الحماس لدى الآخرين .

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ومادار حولها فى المجلس من مناقشات يوصى بمايلى :

أولا : بالنسبة لربط الأجر بالانتاج :

* وضع نظام لربط الأجر بالانتاج ، مع وضع خطة تنفيذية لتطبيق هذا النظام على مراحل ، ويمكن أن يبدأ التطبيق فى أحد القطاعات أو الصناعات الهامة ومتابعة تطبيقه بهدف تطويره ومواجهة ماقد ينشأ عن تطبيقه من ثغرات ، وما يظهر من معوقات وصعوبات ومعالجتها ووضع الحلول المناسبة لها ، بمايؤدى الى ضمان نجاح هذا النظام وتحقيق فاعليته عند امتداد العمل به على ضوء نتائج هذا التطبيق .

* اجراء تحليل دقيق وتوصيف للوظائف المختلفة فى كافة الوحدات الانتاجية ووضع جداول لترتيب الوظائف توضح القيم التى تحصل عليها كل وظيفة بهدف تحديد مدى مساهمة عنصر العمل فى تحقيق كم الانتاج المستهدف فى كل وحدة .

* استخدام أسلوب سهل ومبسط ، فى إعداد وتطبيق نظم ربط الأجر بالانتاج يتيسر للعاملين فهمها وإدراكها ، مما يجعلهم أكثر ثقة واطمئنانا لطريقة احتساب أجورهم .

* مراعاة العدالة فى وضع المعدلات القياسية للانتاج ، بحيث تتفق مع ظروف وطبيعة العمل فى كل وحدة والبعد عن المعدلات النمطية للعمليات الانتاجية المختلفة ، نظرا لاختلاف ظروف الانتاج من وحدات ذات آلات ومعدات ، الى أخرى تحتاج كثيرا من الآلات والمعدات بها

النظام يشبه الى حد كبير نظام ربط الأجر بالانتاج ، بل يعتبر احدى صور هذا النظام ، ويمثل المعدل فى هذا النظام رقم الاداء الذى يستطيع العامل المتوسط الكفاءة تحقيقه ، ويوضع معدلات الاداء يصبح العامل مسئولا عن دخله من عمله ، ففى زيادة عن المعدلات يكافأ عنها بالحصول على مكافأة زيادة الانتاج ، وأى نقص عن هذه المعدلات نوعا من التقصير قد يعرضه للمساءلة التأديبية .

التطبيق العملى لنظام مكافأة زيادة الانتاج :

أهم مايواجه التطبيق العملى لنظام مكافآت زيادة الانتاج ، هو عدم وجود معدلات اداء حقيقية ومعبرة عن جميع الأعمال ، فكثير من الأعمال يصعب وضع معدلات لأدائها ، مثل : الأعمال البحثية والأعمال التى تعتمد بصفة خاصة على المجهود الذهنى والتفكير السليم والاستعدادات والمواهب الخاصة وهى أعمال لايمكن قياسها ، كما لجأت بعض الجهات الى وضع معدلات اداء تحكمية لأعمالها ، لاتقوم على أى أسس علمية ، بل ان معظم الجهات لم تطبق معدلات الاداء التى وضعتها وجرت على صرف هذه المكافآت أو الحوافز لجميع العاملين بها بنسبة موحدة أو نسب متفاوتة دون نظر الى انتاجية كل عامل .

وقد اسفر تطبيق هذه النظام عن وجود تفاوت كبير فى قيمة الحافز بين الجهات المختلفة ، فاستقرت الجهات التى تخضع لكادرات خاصة على صرف الحافز بنسبة ١٠٠٪ من المرتب لجميع العاملين بها ، ووصل الحافز فى جهات أخرى الى نسبة أعلى من ذلك ، وفى الوقت نفسه مازالت جهات كثيرة تتمتع فى الاستفادة من هذا النظام ، أو تعاني من نقص الاعتمادات المالية اللازمة لتنفيذه .

كما صاجب تطبيق نظم الحوافز ، ايضا ، انحراف فى استخدامها أبعد الربط بين اساس منحها والكفاية فى اداء العمل ، وبذلك فقدت العنصر التشجيعى وانعدمت فاعليتها كأداة لحث العاملين على بذل المزيد من الجهد .

الحوافز الادبية والمعنوية :

وثمة حوافز أخرى نص عليها نظاما العاملين المدينين بالدولة والعاملين بالقطاع العام ، وهى الحوافز الادبية والمعنوية ، وهذا النوع من الحوافز لو أثر عميق فى ترغيب العاملين فى تحسين الاداء ، وتطوير

الى اصلاحات أو عمرات على فترات متقاربة ، مما يؤثر على انجازات العاملين .

* ان نظام التكاليف المطبق حاليا غير كاف لإنجاح ربط الأجر بالانتاج مما يستلزم تعديل بما يضمن فاعلية هذا النظام .

* ضرورة تناسب عدد العاملين مع حاجة العمل ، بتوجيه الاعداد الزائدة الى أعمال أخرى تعاني عجزا في عدد العاملين بها ، أو تحويلها الى عمالة فنية لسد العجز الملحوظ في هذه النوعيات من العمالة .

ثانيا : بالنسبة للحوافز

* اتخاذ نظم الحوافز وسيلة لتنفيذ السياسات المطلوبة للتوزيع الجغرافي للقوى العاملة ، بعد أن أثبتت الدراسات أن القوى العاملة في مصر تتمتع بحركة كبيرة لا تتفق مع مايشاع عن ارتباط المصري بأرضه ارتباطا يمنعه من الانتقال الى أى مكان آخر .

* توجيه نظم الحوافز ، مع غيرها من أنظمة التوظيف ، بمايؤدي الى تحول العاملين من الوظائف المكتبية الى الوظائف المهنية والفنية ومهن العمال المهرة ومن مواصلة التعليم العالي الى الالتحاق بالتعليم الفني والتدريب المهني .

* الربط بين الحافز وزيادة الانتاجية أو مستوى الاداء ، بما يحقق الأساس الاقتصادي للحافز ، وذلك بوضع معايير موضوعية لقياس الانتاج والاداء ، والمتابعة والتقييم الدقيق والمستمر لتطبيق نظم الحوافز ، مما يساعد الادارة على أن تكون على بينه من درجة التوافق بين التكلفة والعائد .

* مراعاة تضمين نظم الحوافز وربط الأجر بالانتاج أدوات تطبيقها ، من وسائل لقياس الجهد المبذول كمعايير للاداء ، وتقارير قياس الكفاية أو تحديد مسؤوليات تنفيذه ببيان دور الجهاز المركزي للتنظيم والادارة ودور القيادات الادارية والنقابات العمالية في التطبيق .

* توعية المستويات الاشرافية بنظام الحوافز وربط الأجر بالانتاج لأن هذه المستويات الاشرافية هي التي تمثل الادارة وترد على

الاستفسارات التي ترد لها عن النظام ، وعلى ضوء فهمها للنظام وعلى ضوء ردها على الاستفسارات يتحدد مدى قبول العاملين لهذا النظام .

* ان تستخدم الحوافز المعنوية وخاصة في أجهزة القطاع الحكومي ، حيث تكاد تكون غير معروفة ، لاسيما أن الحافز المعنوي بالنسبة للمستويات عالية التثقيف قد يكون له أثر أقوى من الحافز المادي .

* ان تتلاءم الحوافز الايجابية للعاملين ، مع الجزاءات المناسبة للمهملين بهدف اثابة المجد ، وعقاب المقصر

* أن تصدر كل وحدة ادارية لائحة داخلية ، في اطار القوانين القائمة بنظم الجزاءات عن المخالفات الشائعة بعد حصرها ، مع مراعاة تناسب الجزاء مع الخطأ الذي يواجهه ، وذلك الى جانب التوسع في تفويض سلطة توقيع الجزاءات ترخيا لسرعة مواجهة أوجه الانحراف المختلفة ، على أن تمارس القيادات السلطة التأديبية المخولة لها بصورة جادة وحازمة ، في ظل ضمانات كافية لكفالة العدالة بما يؤدي الى مواجهة أثر الحوافز الرادعة .

* أن تكون الاهداف – سواء كانت كمية أو كيفية أو نوعية – محددة وقابلة للقياس وواضحة للعاملين ، مع تحديد حافز معين أو نسبة من الحافز في حالة استهداف نظام الحوافز لأهداف متعددة ، ووضع أولويات للأهداف المرغوب تحقيقها واستخدام الحوافز كأداة لمعالجتها .

* أن يكون الحافز عادلا بالنسبة للوحدة من خلال زيادة كمية الانتاج أو حجم العمل الاداري أو الارتفاع بمستوى الجودة أو كفاءة الاداء ، وعادلا بالنسبة للعاملين من خلال مكافأتهم بنسبة الجهد المبذول منهم ، ومدى مساهمة هذا الجهد في تحقيق الأهداف .

* أن يكون نظام الحوافز بسيطا في تصميمه وفي حسابه للجهد المبذول بمايؤدي الى سهولة فهم العاملين له واقتناعهم به الى جانب استهدافه لجميع العاملين ، فاذا كان على طريقة الحافز الفردي ، وجب

أن يوضع الى جانبها طريقة الحافز الجماعي بحيث يمتد النظام ليشمل جميع العاملين .

* أن يكون صرف الحافز فوريا بما يؤدي الى تحقيق فاعلية نظام الحوافز وذلك بتدعيم الجهد الذي نتج عنه استحقاق الحافز وأن يكون تطبيق الحافز السلبي كذلك فوريا بما يؤكد طابع العقاب والردع فيه وبما يربط بين الخطأ والعقوبة .

* الحرص على وجود توازن بين الحوافز الفردية والحوافز الجماعية باعتبار أن العامل لا يعمل منفردا بل وسط جماعة يسهم من خلالها في تحقيق أهداف المنشأة .

ثالثا : بالنسبة لقياس كفاءة الاداء

أ- تقارير الكفاية :

* أن يتضمن التقرير عددا من العناصر الرئيسية لتقدير كفاءة العمل ، سواء من حيث كفاءة الاداء وجودته أو الصفات والخصائص الشخصية

* استخدام أكثر من نموذج لتقييم الكفاءة تبعا لنوعية العاملين الذين يتم تقدير كفاءتهم وطبيعة الوظائف التي يشغلونها ، ومستويات الاعمال التي يؤدونها ، بحيث يتناسب التقرير وعناصره مع تلك المتغيرات .

* اعطاء الاهتمام الكافي ، في عناصر التقرير للكشف عن مدى قدرة الفرد على التقدم لشغل الوظائف ذات المستوى الأعلى وتحقيق انجازات معينة

* توفير دليل موضوعي تراجع على أساسه تقديرات الكفاءة ، مثل كمية الاداء أو الانتاج أو مستواه ونوعه ، أو معدل الغياب والانقطاع عن العمل ، أو ما يكون هناك من شكاوى ثبت صحتها ، أو عقوبات تأديبية تم توقيعها وذلك بما يوفر الثقة في نتائج قياس الكفاءة .

* إعادة النظر في مستويات الكفاءة الحالية وقصرها على ثلاثة مستويات فقط : متوسط أو عادي ، متميز أو ممتاز ، وضعيف على أن

٤٩٨

تكون هناك نسبة محددة للامتنياز باعتبار أن نسبة المتسربين عادة قليلة تحاشيا للمغالاة في رفع تقدير الكفاءة مما أهدر القيمة الادارية لهذه التقارير ، وجعل الاقدمية هي المعيار الأساسي في معاملة العاملين .

ب- معدلات الاداء

* ضرورة حساب معدلات الاداء بطريقة علمية سليمة ، لتحقيق الدقة والعدالة في منح الحافز على أساسها ، وذلك بتحديد وحدات العمل التي يلزم انجازها مقترنة بمستوى معين من الجودة في وحدة زمنية معينة ، مع التحقق دائما من دقة هذه المعدلات عن طريق المتابعة والمراجعة المستمرة لتطبيقها وتتبع نتائجها .

* وضع معدلات الاداء على أساس فردي أو جماعي حسب طبيعة العمل وذلك للربط بين الجهد المبذول ومنح الحوافز المقررة ، اذ أن بعض الاعمال قد تكون من الصعب - أو من غير الملائم - تحديد معدل الاداء فيها بطريقة فردية ، فتوضع لها معدلات جماعية على أساس جهود المجموعة أو الادارة أو القسم ، بما يحقق سيادة روح العمل الجماعي والتعاون في تحقيق الأهداف .

* التوسع في الأخذ بمعدلات الاداء في الاعمال الانتاجية التي يمكن تحديد اداء أو انتاج العامل فيها بكميات محدودة بجودة معينة يمكن قياسها ، أو برقم مبيعات يحققه ، وذلك للتخفيف من أثر العنصر الشخصي في تقييم الكفاءة ، مع استكمال معدلات الاداء بتقارير الكفاية لتقييم الخصائص والصفات الشخصية والسلوكية للعامل التي ييسر تبينها عن طريق معدلات الاداء .

* مشاركة العاملين ، كلما أمكن ، في تحديد المعدلات وفي تقييم أدائهم على أساسها .

* العمل على توحيد أنشطة جهات الرقابة المختلفة على الوحدات الانتاجية ، لما يسببه تعدد هذه الأنشطة من اعاقا لاحكام تطبيق نظم الحوافز الايجابية .

الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦

اتجاهات عامة لتطوير الخدمة المدنية

على محورين :

الأول : استخدام الأساليب العلمية في التحليل للوصول الى مجموعة مقترحات قابلة للتنفيذ وتتفق مع الاتجاهات العلمية الحديثة .

الثاني : استطلاع آراء أعضاء الخدمة المدنية أنفسهم في هذه المقترحات ، من خلال استقصاء يتم إعداده بعناية حتى يتم تنفيذ الإصلاح الإداري المقترح في ظل أكبر قدر من رضا الموظف ذاته بل وافساح المجال أمامه لاقتراح حلول للمشاكل .

ويتكامل هذين المحورين يمكن مواجهة العقبات وطرح الحلول الممكنة لإصلاح الخدمة المدنية حتى تحتفظ بسماتها المهنية كأحد أهم فروع الخدمة المحققة لسياسات التنمية .

المعوقات :

ترتبط مشاكل وعقبات الخدمة بعضها ببعض ، كما ترتبط بمجموعة أسباب تاريخية واقتصادية واجتماعية.

وفيما يلي عرض لأهم هذه العقبات والمشكلات :

- افتقار سياسة الخدمة المدنية لاستراتيجية واضحة المعالم .
- تحول الخدمة المدنية من خدمة الى سلطة يغيب عنها مفهوم "دافع الضرائب" السائد في الدول المتقدمة .
- تدهور الوضع الاقتصادي والاجتماعي لأعضاء الخدمة المدنية بالمقارنة مع العاملين في القطاعات الأخرى .
- التعددية الكبيرة في مسميات الوحدات والتكرار والخلط بين الخدمة المدنية من ناحية والقطاع العام من ناحية .
- ضعف الولاء الوظيفي .
- ضعف القيادات التنفيذية .
- ضعف نظم التدريب وشكلية معدلات قياس الأداء .
- تعدد وتغير قوانين ولوائح ونظم الخدمة المدنية ، وعدم استقرار التنظيم الإداري الحكومي .
- تدهور أساليب العمل وصعوبة تطبيق الأساليب العلمية .
- كثرة دلالات ارتفاع نسبة البطالة المقنعة ، مع الاستمرار في

أن شعور المواطن بحدوث تغيير ملموس في حياته اليومية أمر أساسي في تعميق شعور الانتماء الحقيقي للوطن ، بما يدفعه الى المشاركة الفعالة في بنائه وتقدمه .

وهذا يرتبط بتقديم الموظف للخدمات في مختلف المواقع بلا تعقيدات ولا تسويق أو استعلاء ، بحيث يشعر كل موظف أنه خادم للشعب وأن مرتبه يحصل عليه من دافعي الضرائب أي مجموع المواطنين .

وقد تعرضت الخدمة المدنية المعاصرة للعديد من محاولات الإصلاح ، إلا أن التنفيذ الفعلي لهذه المحاولات لم يصل بها الى تحقيق الأهداف المنشودة نتيجة لتغلب النظرة الأكاديمية والمتخصصة في وضع الحلول دون اشراك المنفذين بدرجة كافية ، بالإضافة الى التغييرات المتلاحقة في توجهات السياسة العامة مما أفقد هذه الحلول المواءمة مع الأوضاع المتغيرة والتطورات الاقتصادية والسياسية مما اضطر الدولة - وعيا منها بحجم المشكلة - الى توجيه العديد من الحلول المسكنة التي لم تحقق فاعلية بالنسبة للإنتاجية أو رفع كفاءة الأداء أو الانضباط الإداري مما يستلزم مدخلا استراتيجيا لعلاج المشكلة يقوم

أولاً : الخدمة المدنية والتنظيم الأعلى للدولة :

تحتاج الخدمة المدنية الى مفهوم مهني جديد ، مما يستلزم إعادة النظر في التنظيم الأعلى للدولة بما يضع الخدمة المدنية في جانب والقطاع العام في الجانب الآخر واعتبار كليهما أهم أنوات تنفيذ وإيصال السياسة العامة للدولة ، مع الاهتمام بتوضيح مكونات الخدمة المدنية وأهمية تحقيق الكفاءة والفاعلية فيما تقوم به من أعمال وضرورة تكوين مجلس للخدمة المدنية تتبعه أداة فنية ومعهد للإدارة العامة والمحلية ليختص برسم سياسات الخدمة المدنية والإشراف على شئونها وتطويرها (ويمكن إيجاد ترتيب مشابه بالنسبة للقطاع العام) ، وذلك لتدعيم إدارة إصلاح الخدمة المدنية بمساندة كافية من قطاعات التنفيذ ذاتها .

وبتحقيق ذلك المفهوم الجديد يمكن وضع تصور عام لتنظيم الخدمة المدنية يقوم على أساس تحديد وحدات الخدمة المدنية والتخلص من التعددية الكبيرة في المسميات بتركيز وحدات الخدمة المدنية في :
(الوزارات - المصالح - الأجهزة المركزية - الفروع الإدارية المحلية) مع تدعيم عناصر القيادة العليا بالأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية خصوصاً في مجالات المعلومات والرقابة الإدارية والرقابة الحاسوبية .

ثانياً : التنظيم العام للخدمة المدنية :

يقترح تنظيم عام للخدمة المدنية يأخذ في الاعتبار عدم تكوين أجهزة جديدة ، وتحويل الأجهزة القائمة الى الأوضاع التنظيمية الملائمة إما في نطاق الخدمة المدنية أو في نطاق القطاع العام ، مع تحديد وتدعيم الأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية .

وتحدد أهم ملامح هذا التنظيم فيما يلي :

- تحديد الوضع المتميز للخدمة المدنية مهنيًا ، وذلك بتركيز وحداتها في مستوى الوزارة ومستوى المصلحة والفروع المحلية وبعض الأجهزة المركزية .

وهذا يستلزم إعادة النظر في الوحدات الأخرى العديدة والتي تأخذ

الشكرى من نقص العمالة في بعض الإدارات المعنية بتقديم الخدمات للمواطنين .

- هبوط الانتاجية .

- تضخم وعدم وجود مفهوم علمي واضح لوظائف الخدمات المعاونة .

- زيادة معدل جرائم الوظيفة رغم الجهود المكثفة لمكافحة هذا النوع من الانحراف .

- التراكمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية .

- عدم الاهتمام بالجوانب الانسانية والاجتماعية للخدمة المدنية من خلال روابط الموظفين .

- شيوع المسؤولية كنتيجة حتمية لتداخل الاختصاصات ، وعدم وضوحها مما يشجع الموظف على الانحراف بوظيفته معتمداً على شيوع المسؤولية عند انكشاف الأمر والأفلات بالتالي من العقاب ، كما تؤدي الى تعقيد أساليب العمل وصعوبة تحقيق النتائج المرجوة من التنمية الادارية .

- كثرة مشاكل الموظف مع جهة الإدارة ، وانعكاساتها السيئة على نفسيته .

- عدم وجود قواعد تنظيمية ثابتة مما يظهر في العديد من الأمثلة مثل انشاء درجات لأشخاص دون حاجة فعلية لهم في التنظيم .

- ضعف أجهزة المعلومات داخل الوحدات المختلفة واتباعها للأساليب التقليدية في الحفظ والتجديد وتداول المعلومات .

- اقتران العملية الادارية بمجموعة كبيرة من التعقيدات المكتبية والاجراءات الشكلية .

اتجاهات التخلص من السلبات القائمة :

حتى يمكن توقع نتائج ايجابية من سياسة التنمية الادارية ، فمن الضروري معالجة المشكلات التي لا تحتمل التأجيل أو الحلول المسكنة وخاصة في المجالات الآتية :

مسميات مختلفة وذلك بتحويلها إما الى هيئات نوعية وإخراجها من قطاع الخدمة المدنية الى القطاع العام اذا كانت طبيعتها الاقتصادية تستلزم ذلك ، أو تحويلها الى مصالح حكومية أو أجهزة مركزية تبعا لطبيعتها ووفقا للضوابط العلمية .

- تحويل الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة الى أداة فعالة لشئون الخدمة المدنية عن طريق تنظيم جديد ذى مستويين : الاول ، مجلس الخدمة المدنية ويختص برسم سياسات الخدمة ومتابعة تنفيذها ، وتمثل فيه أهم الوزارات وبعض المصالح الحكومية ويتبع رئيس الوزراء ، والثانى مستوى أداة فنية فى شكل جهاز مركزى لشئون الخدمة مع معهد الإدارة العامة والمحلية .

- تحديد المفهوم الاقتصادى للقطاع العام والابقاء على التنظيم الحالى ذى المستويين (الهيئة النوعية القابضة / الشركة) مع تطوير هيئة التصنيع لتصبح أداة متابعة وتنسيق معاونة للوزراء والهيئات النوعية والشركات وذلك عن طريق تنظيم جديد ذى مستويين :

• مستوى أعلى فى شكل مجلس متابعة المشروعات الاقتصادية يتبع رئيس الوزراء ، ومستوى أدنى يتمثل فى جهاز لدراسة المشروعات ومركز للتنمية الادارية .

• ويظهر من ذلك تنظيم متناسق للجهاز الادارى تختفى فيه التعددية فى مسميات الوحدات والتكرار والخلط بين الخدمة المدنية من ناحية والقطاع العام من ناحية أخرى ، مع وجود مستويات تنسيق فى شكل نواب رئيس وزارة أو وزراء دولة أو لجان وزارية .

- تدعيم الدور الاستشارى والرقابى للأجهزة سواء التابعة لرئيس الجمهورية أو التابعة لرئيس الوزراء . مع إعادة النظر فى فلسفة انشائها ، على أساس ان الهدف من الرقابة هو أن تكون أداة معاونية ومساعدة للأجهزة التنفيذية ، لا أداة تصيد للأخطاء والانحرافات بعد وقوعها .

ثالثا : سياسات الخدمة المدنية :

ان الأخذ بالمقترحات السابقة بخصوص التنظيم الأعلى والتنظيم

العام للخدمة المدنية لابد وأن يساعد فى تأكيد المفهوم المهنى للخدمة المدنية ومكانها القيادى فى إدارة التنمية . خاصة وأن مشاكل الخدمة المدنية يرتبط بعضها ببعض ولا يمكن علاج احدها دون الأخرى ، فمشكلة الرواتب لا يمكن علاجها دون علاج مشكلة العمالة ومشكلة العمالة ترتبط بمشاكل تعدد القوانين ، والمشاكل القانونية تؤثر على مشاكل التنظيم وهكذا .

الا أن مناقشة مشاكل الخدمة المدنية وتطويرها كمسألة مستمرة لا تتم مرة واحدة بل لابد لها من وضع سياسات عامة . والسياسات العامة للخدمة هى مؤشرات عامة لتنظيم وإدارة الخدمة تمثل التوازن بين المصالح العليا والمبادئ العلمية وهى :

المكون المهنى : الذى يؤكد مكانتها القيادية فى إدارة التنمية من خلال احساس العاملين بالانتماء والمكانة والمشاركة فى تحقيق أهداف السياسات العامة الانمائية والتخلص من السلبيات التى تعوق تدعيم المهنة مثل سياسات العمالة وضعف الولاء الوظيفى .

المكون القانونى : الذى يحدد الهوية القانونية والاطار التنظيمى للخدمة المدنية ويحدد مسؤولياتها وواجباتها وحقوق أعضائها والمحظورات القانونية ويحمى الموظف من الانحراف .

المكون التنظيمى : الذى يحدد قواعد وأسس تنظيم الخدمة المدنية والذى يكون بمثابة دليل تكوين الوحدات والتقسيمات وتطوير التنظيم . ويلاحظ وجود العديد من السلبيات ، من حيث عدم استقرار التنظيم وعدم اتباع القواعد العلمية وتغلب النظرة الأكاديمية وضعف ادارات المعلومات ، وشيوع التنظيمات غير الرسمية .

مكون الاساليب : (ايصال السياسات العامة) المقصود بهذا المكون أساليب عمل الخدمة المدنية التى تحقق أقصى درجات الرضاء العام ، أى التى تحقق الفاعلية بمعنى الآثار الايجابية فى محيط العمل مما يؤدى الى تدعيم النظام السياسى واستقرار الحكم ، ويلاحظ العديد من السلبيات على رأسها ضعف القيادات التنفيذية وجمود روتين العمل ،

وحدة تأثير المشاكل الاجتماعية للموظف على إنتاجيته وعلى أسلوب تعامله مع المواطنين ، وضعف نظم التدريب وشكلية معدلات قياس الاداء .

لذلك فمن الضروري وضع سياسات للخدمة المدنية تحدد لها المؤشرات العامة للمكونات الأربعة السابقة وتكون دليلا للإصلاح والتطوير المستمرين للخدمة المدنية . وذلك على ضوء التخلص من السلبات القائمة حاليا .

وأهم منطلقات تلك السياسات أن تكون بإشراك المنفذين أنفسهم في دراسة المشاكل واقتراح الحلول والتعاون الكامل بين الأكاديمي والممارس .

رابعا : المشاكل القانونية والتنظيمية والإدارية :

وبالنسبة للمشاكل القانونية والتنظيمية والإدارية فقد اتضح أن مشاكل الخدمة المدنية قد أدخلت سياسات الإصلاح الإداري في حلقة مفرغة لعل أكثر صورها وضوحا هي تعدد وتغير لوائح ونظم الخدمة المدنية وفقدان الإطار القانوني للمقومات العلمية والمهنية التي يجب أن تتوافر له . لذلك فالمقترح ضرورة إصلاح الإطار القانوني للخدمة المدنية من خلال :

- تطوير قانون عام للخدمة المدنية وقانون موحد للكادر الخاصة مع لوائحها التنفيذية وإلغاء التعددية القانونية السائدة الآن .

- إرساء دعائم ومبادئ أخلاقية مستمدة من تراثنا الثقافي في قوانين ولوائح الخدمة المدنية تكون أساسا للحفاظ على تماسك وتبلور مفهومها المهني في المجتمع المصري .

- تقوم سلطات الإشراف على تطبيق وتطوير قانوني الخدمة المدنية ولوائحها بمساندة تنفيذية من خلال مجلس المدينة المقترح . مع وجود نظم خدمة خاصة بقطاعات الخدمة العامة الأخرى : العسكرية ، والشرطة ، والقطاع العام .

وبالنسبة لقواعد التنظيم وأساليب عمل إدارة الخدمة المدنية فقد

٥٠٢

لوحظ أن قواعد التنظيم العلمى أصبحت الى درجة كبيرة فى الخدمة المدنية ، مما انعكس على تدهور أساليب العمل وصعوبة تطبيق الأساليب العلمية وعدم تحقيق النتائج المرجوة من الإصلاح الإدارى . ولكن إصلاح مشاكل التنظيم والأساليب فى الخدمة المدنية لابد وأن يتسم بقدر كبير من التأنى والحصول على مساندة أكبر قطاع ممكن من أعضاء الخدمة المدنية أنفسهم .

ومع ذلك فإنه يمكن وضع أسس عامة للإصلاح والبدء ببعض الإصلاحات العامة والتي أصبحت أسبابها وتأثيراتها السلبية لا تحتمل التأخير وبالذات بالنسبة لمايلى :

. تنظيم الخدمة فى إطار الجهاز الإدارى للدولة .

. التنظيم العام للخدمة المدنية .

. تنظيم الأجهزة المركزية المسئولة عن شئون الخدمة المدنية .

. تعميم سياسات للخدمة المدنية تخلصها من سلبياتها وتكون دليلا لانطلاقها وتطورها .

. مواجهة بعض المشاكل القانونية والتنظيمية والإدارية الملحة وإرساء أسس تدعيم وتطوير نظم المعلومات الإدارية وبرامجها .

خامسا : مشاكل اقتصادية الخدمة المدنية :

أما بالنسبة لمجموعة مشاكل اقتصاديات الخدمة المدنية فقد حاولت الدولة دائما التصدى لها وبالذات لمشكلة الرواتب والأجور ، وذلك عن طريق العديد من الإجراءات مثل الدعم والمكافآت والزيادات فى الرواتب من وقت لآخر إلا أن التطورات الاقتصادية وارتفاع نفقات المعيشة مع العمالة الزائدة والمتزايدة قد ابتلعت كل هذه الجهود وجعلتها لاتحدث التأثيرات الإيجابية المرجوة . وهذا يؤكد ضرورة علاج المشاكل التى تعوق حل المشكلة الاقتصادية أولا- وضرورة الحصول فى نفس الوقت على مساندة وتأييد الموظفين أنفسهم للحلول ، بل واقتراحها .

كذلك تأكد ارتباط كل مشاكل الخدمة المدنية بعضها ببعض وصعوبة حل أحدها دون الأخرى ، وأهمية التصدى الجرى للمشاكل فى ظل

أكبر مساندة من مجتمع الخدمة المدنية .

وقد لوحظ أن نظام المرتبات في الخدمة المدنية أصبح غير ملائم لمستويات المعيشة مما يشكل عائقا ليس لإدارة الخدمة المدنية فحسب بل ولإدارة التنمية بوجه عام . فقد ساعد في تدهور انتاجية الموظف وضعف معنوياته من ناحية كما تزايدت اعتمادات المرتبات والدعم والمدفوعات النقدية على حساب اعتمادات الاستثمار من ناحية أخرى .

لذلك لا بد من إعادة رسم سياسات المرتبات والأجور من منطلقات جديدة وترتبط بإعادة النظر في سياسات العمالة والقوانين واللوائح وتنظيم أساليب العمل بطريقة واقعية مؤسسة على دعائم مهنية وقانونية سليمة تتخلص الخدمة المدنية معها من استمرار سلبياتها للحد من تضخم العمالة ، وسوء توزيعها وفوضى اللوائح والتسويات وعشوائية التنظيم والأساليب ، وصولا إلى الارتفاع باقتصاديات الخدمة المدنية وتطوير طاقاتها وإمكاناتها .

الدراسات الميدانية :

من أهم منطلقات تطوير الخدمة المدنية استطلاع آراء أعضاء الخدمة المدنية أنفسهم في مداخل الإصلاح التي يمكن التوصل إليها ، لذا يقترح إجراء استقصاء يتم إعداده بعناية ليأتى معبرا عن اتجاهات الإصلاح الإداري حتى يتم التنفيذ في ظل أكبر قدر من رضا الموظف ذاته . وكذلك التعرف على وجهة نظر المتعاملين مع مجتمع الإدارة في مشاكل الخدمة ، حتى يمكن التوصل إلى تحديدها وترتيب درجة أهميتها .

وتستهدف هذه الدراسة الميدانية تحقيق مايلي :

– الحصول على معلومات عامة عن مجتمع الخدمة المدنية من ناحية مستويات التعليم والتدريب والحالة الاجتماعية والمشاكل الوظيفية ودرجة الرضاء الوظيفي ومدى استخدام الأسلوب العلمي في اتخاذ القرارات وتوافر المعلومات .

– استطلاع آراء الموظفين بالنسبة لنوعيات التدريب الملائمة ونظام

الإشراف والترقية وحوافز ترك الخدمة المختلفة وسبل تحسين المرتبات والانتاجية وتطوير أساليب العمل

– الوصول إلى تصور لأهم مجالات استطلاع آراء المتعاملين مع الإدارة مستقبلا لوضع وتصميم دراسة تستهدف رفع كفاءة توصيل الخدمات العامة من وجهة نظر المواطن

التوصيات

على ضوء الدراسة السابقة ، ومادار حولها في المجلس من مناقشات ، يوصى بالآتي .

في مجال التنظيم الأعلى للدولة .

* تمييز الخدمة المدنية عن القطاع العام مع تأكيد كونهما جناحي الجهاز الإداري المنفذ للسياسات العامة للتنمية .

* تركيز اختصاصات الأجهزة المركزية الاستشارية والرقابية المعاونة لرئيس الجمهورية ورئيس الوزراء مع توضيح مهامهما في المتابعة والتحليل والمعاونة في اقتراح الحلول .

* تكوين جهاز لإدارة شؤون الخدمة المدنية من مجلس الخدمة المدنية والجهاز المركزي للخدمة المدنية يحل محل الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة .

وتكوين جهاز لإدارة شؤون القطاع العام من مجلس متابعة المشروعات الاقتصادية وجهاز دراسة المشروعات يحل محل هيئة التصنيع .

* إعادة النظر في المبادئ العامة لتكوين قطاعات الجهاز الإداري ، وإرساء دعائم تنظيمية وموضوعية تكون دليلا يسترشد به ويخلص التنظيم الأعلى مسن التعرض للضغط غير الموضوعية ويضمن الاستقرار .

* تأكيد الطبيعة القيادية والرائدة للخدمة المدنية في تنفيذ سياسات التنمية .

* التخلص من التعددية في المسميات عن طريق مراجعة التنظيم

فى مجال المشاكل القانونية والتنظيمية والادارية للخدمة المدنية :

* تركيز القوانين واللوائح على المفهوم المهنى للخدمة المدنية وموقعها فى المجتمع والجمع بين عنصرى الكفاءة والفاعلية .

* اعادة النظر فى القوانين واللوائح والقرارات وصولا الى قانون عام للخدمة المدنية يتيح القضاء على التعددية فى هذه القوانين . مع الاهتمام بوضع قانون عام للكادرات الخاصة يضع التعريف القانونى للكادر الخاص والقواعد العامة لتنظيمه ، مع تبسيط وتركيز لوائح الخدمة المدنية .

* مراجعة التشريعات وتنقيتها من الأحكام المكررة ورفع ماعسى أن يكون فيها من تناقض والغاء النصوص التى فقدت مبررات وجودها ولم تعد صالحة للتطبيق .

* ضرورة استقرار القوانين واللوائح والتعليمات المنظمة لحركة العمل ، ليتيسر اداء الخدمة للمواطن ورفع مستواها .

* اشراك الموظف الكفاء فى وضع اللوائح وتحديد طرق وأساليب العمل حتى يشعر بمسئوليته عن تنفيذها وبأهمية دوره فى الادارة والمشاركة فى إنجاحها .

* أن تعمل أجهزة الحكومة على اثناء معظم المنازعات المطروحة على القضاء الادارى أو التى فى سبيلها اليه فيما بينها وبين موظفيها حتى يتفرغ الموظف لعمله ولايحمل بنفقات التقاضى ، ويمكن فى هذا الصدد الزام جهة الادارة فى حالة صدور حكم بصدد حالة معينة بإعمال هذا الحكم فى شأن كافة الحالات الأخرى الماثلة دون اجبار كل موظف تتماثل حالته مع الحالة السابقة باستصدار حكم خاص به .

* ترسيخ المبادئ الاخلاقية فى نظم الخدمة المدنية وتقوية الوازع الدينى والاخلاقى لدى الموظفين عن طريق وسائل الاعلام المختلفة وعقد الندوات بعثا للقيم والمبادئ والمفاهيم الصحيحة .

* القضاء على الضائع من وقت العمل الرسمى بشكل حاسم وجدى

الحالى للخدمة المدنية بحيث يتكون أساسا من الوزارة ، والمصلحة ، والفرع ويقوم على الاعتبارات الموضوعية ومن عدد ملائم من الأجهزة المركزية .

* الافادة مما هو قائم من أجهزة وتنظيمات وعدم تكوين تشكيلات جديدة الا فى أضيق نطاق مع وضع القواعد العامة التى يجب تكوين تلك الوحدات بناء عليها .

* تجميع الوزارات فى مجموعات باتباع القواعد العلمية مع مراعاة المصالح العليا للبلاد ، ويمكن تكوين مستوى نائب رئيس وزراء لكل مجموعة مع امكان وجود وزارات خارج المجموعات النوعية أو ضمن المجموعات ولكن تتبع رئيس الوزراء مباشرة وذلك حسب احتياجات التطور .

* اتباع المبادئ العلمية فى التنظيم والاقتصاد فى تكوين (الوزارة ، المصلحة ، الفرع) مع التوسع فى توزيع المصالح والتفويض فى الاختصاصات للمحليات .

* ضرورة تحديد نوع الوظائف الرئيسية المطلوبة فى كل وزارة أو مصلحة أو هيئة بحيث يتم التنظيم على أساس هذه الوظائف مع الأخذ فى الاعتبار التقسيم الرأسى والأفقى من خلال مراجعة شاملة لهيكل الوظائف العامة فى الخدمة المدنية والكادرات الخاصة .

فى مجال سياسات الخدمة المدنية :

* وضع سياسات للخدمة المدنية تظهر فيها المكونات المهنية والقانونية والتنظيمية والادارية للخدمة وتكون دليلا للتطور المستمر فى اطار التوازن بين المصالح العليا للبلاد وبين الاعتبارات الموضوعية والعلمية .

* وضع استراتيجية لتحديد طرق ومعايير الحصول على البيانات ومعالجتها بأسلوب علمى مناسب لحاجة متخذى القرارات على مختلف المستويات . مع تصميم سياسات لاعداد وتدريب اخصائى المعلومات من التخصصات المختلفة .

فى ذلك .

* الاهتمام بأن يكون التعليم - بعد المرحلة الأساسية - متمشياً مع الاحتياجات الفعلية للتخصصات اللازمة لتنفيذ الخطة العامة للدولة .
واشتراط التدريب والتجّاح فيه للمعيّنين الجدد ، ومعالجة النقص فى برامج التدريب بالنسبة للقدامى مع تطويرها وجعلها شرطاً للترقية لتكتسب صفة الجديدة .

* ايجاد منهج علمى لقياس معدلات الانتاج قياساً حقيقياً يطابق الواقع بحيث يمكن الأخذ بنتائجه والتعويل عليها مع دعوة النقابات .
للمشاركة بدورها فى حث أعضائها على زيادة الانتاج ورفع مستواه .
فى مجال مشاكل اقتصاديات الخدمة المدنية :
* مراجعة الأجور والمرتبات بالنسبة لكافة مستويات الخدمة المدنية وصولاً الى وضع نظام لترتيب وتصنيف الوظائف يربط الأجر بصورة واقعية بمسؤوليات الوظيفة من ناحية ويراعى متغيرات مستوى المعيشة من ناحية أخرى .

وهذا يقتضى أولاً إجراء مراجعة شاملة لنظام تصنيف الوظائف والأسلوب الذى اتبع بالفعل فى التصنيف وتقييمه من مختلف جوانبه .
* إعادة النظر فى سياسة تعيين الخريجين بحيث يتم تعيين المتفوقين منهم أولاً من خلال مسابقات تحريرية وفى حدود الاحتياجات الفعلية والمهارات المطلوبة للتخصصات المختلفة ، أما بالنسبة لفائض الخريجين فيتم تعيينهم على الوظائف المختلفة لسد العجز فيها بعد اعدادهم لشغلها عن طريق تدريب تحويلى لمن يرغب منهم فى ذلك
فى مجال استراتيجية التطوير والاصلاح :

* ضرورة استطلاع آراء مجتمع الخدمة المدنية بقدر الامكان فى مقترحات التطوير والاصلاح والحصول على أقصى مايمكن من مساندة من ذلك المجتمع عند تطبيق أى مقترحات للتطوير أو الاصلاح وعدم الاكتفاء بأراء الخبراء والاستشاريين فقط .
* ضرورة اشتراك معظم وحدات الخدمة المدنية فى الاشراف على

ومن ذلك اتخاذ اللازم نحو تحريم الزيارات الخاصة التى تتم فى مواقع العمل ، ومعالجة ظاهرة عدم تواجد الموظفين فى مقار عملهم أثناء أوقات العمل الرسمية وتنظيم فتح الجمعيات الفتوية بعد انتهاء مواعيد العمل ، ومنع استخدام التليفونات الحكومية فى غير الأغراض المصلحية .

* تبصير المواطنين اعلامياً بنظم الخدمة من خلال برامج الاذاعة والتلفزيون عن طريق استضافة القيادات التنفيذية فى مواقع الخدمات الجماهيرية لشرح اجراءات انجاز تلك الخدمات ونفقات ذلك والمستندات المطلوبة وبدائلها وتبصير المواطنين كذلك بأحكام القانون فى شتى المجالات من خلال رجال القانون ليكونوا على بينة من أمرهم فيما يقدمون عليه من تصرفات .

* وضع برنامج زمنى للاصلاح الادارى على مستوى الوزارات والمصالح بدءاً بتلك التى لها اتصال مباشر بالمواطنين لتطوير اسلوب توصيل الخدمة على نحو أفضل .

* ضرورة مراجعة نظم تقييم الاداء فى الجهات الحكومية المختلفة وتحديد المعايير التى على ضوئها يقاس أداء الموظف . على أن تكون هناك معايير خاصة بكل جهة حكومية حسب طبيعة نشاطها .

* الدقة فى اختيار القيادات على أساس موضوعى بعيداً عن الاعتبارات الشخصية ليكونوا قدوة حسنة ونماذج طيبة أمام العاملين .

* زيادة نطاق التفويض فى الاختصاصات والسلطات .
* اعداد دليل مبسط لاجراءات العمل الخاصة بكل جهة وتبنيته فى اماكن ظاهرة أو طبعه ووضع فى متناول أيدي المواطنين .

* نزول القيادات العليا والوسطى الى ميدان العمل لمتابعة الادارة المباشرة لتنمية قدراتها لحل المشاكل أو المعوقات أولاً بلول ولتطوير أسلوب توصيل الخدمة على نحو أفضل وأسرع ولدفع العمل بروح الفريق والتفاعل الموضوعى مع المواطنين واستطلاع رأيهم بين الحين والآخر فى مدى قدرة المرفق على القيام بواجبه نحوهم ، ونسبة النجاح

أوضاعها التنظيمية وأوضاع العاملين فيها ، وضرورة الاعتماد على الأجهزة المختصة في الدولة لتصميم نظم المعلومات وكيفية نشرها ومراجعتها وتحديثها .

مشكلة فقدان

في القوى العاملة

يعتبر الاهتمام بالقوى العاملة البشرية هدفا استراتيجيا في السياسة العامة للتنمية وبناء المجتمع واستثمار حقيقيا لأهم عناصر الانتاج ، ويقدر الاهتمام بالتخطيط وتنمية ورعاية القوى البشرية ، تكون مشاركتها في الانتاج والخدمات ، مما يتعكس أثره على التقدم الحضارى المنشود في المجتمع وخاصة اذا اتخذت الوسائل الفعالة لتجنب فقدان في هذه القوى العاملة والذي يؤدي الى آثار سلبية تؤثر على الكفاءة الانتاجية ، ومن ثم على الموقف الاقتصادي لكل مرافق الدولة .

ومع تعدد تعريفات " فقدان " فانها تخلص بوجه عام في عدم الاستخدام الأمثل للقوى العاملة المتاحة والمتوقعة .

وتستهدف هذه الدراسة مواجهة مشكلة فقدان في القوى البشرية وأسبابه ، مع اقتراح العلاج الواجب لهذه المشكلة التي تظهر آثارها في العديد من المرافق .

تنفيذ وتطوير سياسات الخدمة المدنية من خلال تمثيلها في مجلس الخدمة المدنية المقترح ومن خلال تدعيم الأجهزة القومية للمعلومات والرقابة لتكون أدوات فعالة لنشر المعلومات ، ومعاونة الوحدات التنفيذية للخدمة المدنية على تصحيح الأخطاء أولا بأول .

* استطلاع آراء المواطنين ونقاباتهم وربابهم المختلفة المتعاملة مع الادارة للتعرف على أوجه القصور في أساليب توصيل الخدمة خصوصا في مجالات الخدمات .

في مجال تطوير أساليب العمل :

* التوسع في إنشاء مجتمعات المصالح توفيراً للجهد واختصاراً للوقت واقتصاداً للتلفقات وتحقيق الإشراف الفعلى للرؤساء .

* إنشاء شركات خدمات في القطاع العام والخاص للوزارات والمصالح تكون مهمتها توفير الأماكن المناسبة للعمل وتجهيزها بوسائل الراحة والقيام بأعمال الصيانة والنظافة .

* وضع برنامج زمني لنقل بعض الوزارات والمصالح الى المدن الجديدة على أن تصمم مبانيها على نحو يوفر المكان الملائم للعمل ، وأن يلحق بها المساكن اللازمة للموظفين وعائلاتهم بما تحتاجه هذه المجتمعات الجديدة من مرافق .

* الاهتمام الكامل من قبل الدولة بالاسكان الادارى لأجهزة الدولة وتبسيط أماكن العمل وعدم ازدحامها بالأثاث ، أو الموظفين ، وتخصيص أماكن فسيحة لمعاملات الجمهور مع مراعاة الأخذ بنظم إزالة الفواصل الحائطية للغرف وجعل مكاتب الموظفين في صالات كبيرة مكشوفة - أسوة بنظام البنوك لتمكين الرئيس من السيطرة على مرؤوسيه والقضاء على المعوقات بشكل فوري .

* العمل على تحسين ظروف العمل بالحكومة وإطالة الفترة المخصصة لخدمة الجماهير بحيث تستوعب أكبر قدر من المتعاملين .

* تطوير نظم المعلومات الادارية بما يخدم الخدمة المدنية ويحقق أهدافها وتطوير ادارات الحفظ والأرشفة بالوسائل الحديثة ، وتغيير

حصص القوى البشرية

تشمل القوى البشرية جميع أفراد المجتمع القادرين على العمل فيما عدا صغار السن الأقل من ٢١ سنة وكبار السن فوق ٦٥ سنة ، ماداموا لا يمارسون أعمالاً منتجة وكذلك العاجزين عن العمل . وبذلك تنقسم القوى البشرية الى قسمين الأول من هم داخل قوة العمل ، والثاني من هم خارج قوة العمل .

قوة العمل :

وتشمل المشتغلين الذين يعملون لحسابهم والذين يعملون بأجر والذين يعملون لحساب الأسرة بدون أجر ، وأصحاب الأعمال الذين يديرونها ويستخدمون عمالاً . كما تشمل أيضاً المتطلين وهم القادرون ويبحثون عن عمل من سن ١٢ سنة الى أقل من ٦٥ سنة والذين سبق لهم العمل أو الداخلون الجدد في قوة العمل .

خارج قوة العمل :

وتشمل الطلبة وريات البيوت المتفرغات للأعمال المنزلية ، والزاهدين في العمل والمتقاعدين أو بالمعاش الذين لا تتجاوز أعمارهم ٦٥ سنة والموقوفين عن العمل مؤقتاً أو لأجل غير مسمى أو نزلاء مؤسسات الخدمات العامة كالمصحات والمستشفيات والسجون .

القوى البشرية العاملة :

وطبقاً للبيانات المتاحة ، يتضح أن نسبة القوى البشرية الى عدد السكان تبلغ حوالي ٦٦.٨٪ ، وأن نسبة القوى العاملة الى عدد السكان تبلغ حوالي ٢٦.٣٪ ، والباقي وقدره ٧٣.٧٪ من عدد السكان لا يدخل ضمن القوى العاملة ، وذلك تبعاً لإحصاءات مايو ١٩٨٢ وتشير البيانات الإحصائية الصادرة في أكتوبر ١٩٨٥ ، الى أن عدد سكان مصر يقدر بحوالي ٤٩ مليون نسمة ، منهم حوالي ٢٤.٨ مليون من الذكور ، و ٢٤.٢ مليون من الإناث ، وبناء على نسب العمالة التي تحددت في بحث العمالة بالعينة في مايو ١٩٨٢ فإنه يمكن القول بأن القوى العاملة في أكتوبر ١٩٨٥ تبلغ حوالي ١٣ مليون عامل .

فاذا طبقنا نسب التوزيع ، على هذا الأساس حسب القطاعات ، فتكون النتيجة كما يلي :

القطاع الحكومي ٢٠٪ أي حوالي ٢.٦ مليون عامل .
القطاع العام ١١.٦٪ أي حوالي ١.٥ مليون عامل .
القطاع الخاص ٦١.٣٪ أي حوالي ٨.٠ مليون عامل .
قطاعات أخرى ٧.١٪ أي حوالي ٠.٩ مليون عامل .
الجملة ١٣ مليون عامل .

أما إحصاء القوى العاملة حتى ١٩٨٢ فيشير الى مايتى :
توزيع القوى العاملة حسب النوع : يتضح منه أن نسبة مساهمة الإناث في القوى العاملة تبلغ حوالي ١٩.١٪ ، بينما تبلغ نسبة الذكور في القوى العاملة ٩٠.٧٪ .
توزيع القوى العاملة حسب النوع والحالة التعليمية . ويتضح منه أن نصف القوى العاملة من الأميين .

توزيع القوى العاملة حسب النوع وأقسام المهن : ويتضح منه أن العاملين في الزراعة وفروعها يمثل عددهم أكبر نسبة بين المهن الأخرى ، إذ تصل الى حوالي ٣٦.١٪ من اجمالي عدد العاملين ، وأن عمال الانتاج تبلغ نسبتهم حوالي ٢٣.١٪ .

توزيع القوى العاملة حسب النوع وحسب أقسام النشاط الاقتصادي : ويتضح منه أن عمال الخدمات تصل نسبتها الى حوالي ٢٠.١٪ .

ويتضح من هذه البيانات الحقائق الآتية :

— أن معدل الاعالة بنسبة ٣ : ١ . وهذا يعنى أن كل فرد من أفراد القوى العاملة يقوم باعالة ثلاثة من الأفراد الذين هم من خارج القوى العاملة .

— أن الاستفادة من القوى العاملة ليست هي الاستفادة المثلى بالرغم من أن بلادنا يمكن أن تتسع فيها فرص الزراعة (الأرض المنزرعة تمثل حوالي ٤٪ فقط من مساحة أرض الجمهورية) وفرص الصناعات المنتجة

. الخريجون الذين يعينون في مواقع لاتناسب مؤهلاتهم ، أو الارتباط بتعيينهم في محافظاتهم دون النظر الى حاجة العمل الفعلية اليهم .
 . العمالة الموسمية ، مثل بعض المهن في قطاع التشييد والبناء وبعض عمال الزراعة .

ونتيجة للبطالة المقنعة يوجد فائض في القوى العاملة في بعض المهن وفي نفس الوقت يوجد عجز في مهن أخرى وقد أجريت دراسة عن هذه الظاهرة بمحافظة الجيزة ، في مارس ١٩٨٣ لمعالجة الفائض والعجز في القوى العاملة ، وذلك بتحديد المقررات الوظيفية لوحدة الحكم المحلي على اختلاف مستوياتها . وقد أسفرت هذه الدراسة عن وجود فائض وعجز بمختلف المجموعات النوعية بهذه الوحدات والمديريات . ويوضح الجدول الآتي نتيجة هذه الدراسة ، بالنسبة للفائض والعجز ، موزعا على التخصصات الوظيفية المختلفة :

| المجموعة النوعية | الفائض | العجز |
|-------------------------|--------|-------|
| مجموعة الادارة العليا | - | ٢٣ |
| مجموعة الوظائف التخصصية | ١٩٣٧ | ٢٩٧٧ |
| مجموعة الوظائف الفنية | ٢٤٧٥ | ٢٨٢٢ |
| مجموعة الوظائف المكتبية | ١٦٣٦ | - |
| مجموعة الوظائف الحرفية | ٨٢١ | ١١٧٢ |
| وظائف الخدمات المعاونة | ٣٢٤ | - |
| اجمالي الوظائف | ٧١٩٣ | ٦٩٩٤ |

وقد أوضحت الدراسة أنه يلزم الاستفادة من فائض العمالة بالمديريات المختلفة ، والذي يمثل بطالة مقنعة ، وذلك بتدريبه بحيث يمكن سد العجز في المجموعات الوظيفية التي بها عجز ، وإذا لم يتيسر ذلك في محافظة واحدة فانه يمكن تسوية الفائض والعجز بين المحافظات وأيضا مع نواوين الوزارات المختلفة .
 البطالة الظاهرة :

وتتمثل في المتعطلين الذين لا يؤدون أعمالا وهم قادرون على

والتي يمكن تصديرها للخارج .

- أن نسبة كبيرة من القوى العاملة ، تقدر بحوالي ٣٢٪ ، تعمل في القطاع الحكومي والقطاع العام ، أي في مواقع يمكن للحكومة تشكيلها بالاسلوب الذي يمكن اطلاق كافة امكاناتها والتغلب على معوقاتا .

عناصر فقدان في القوى البشرية

يتمثل فقدان في القوى البشرية ، وبالتالي في القوى العاملة ، في العمالة القادرة على العمل ولكنها لاتعمل ، أو لاتؤدى عملا بالقدر الواجب أن تؤديه ، من حيث الكفاءة ومن حيث ساعات العمل ، وأهم عناصر هذا فقدان تتمثل فيما يلي :

(١) البطالة :

وهي تعنى عدم وجود توازن بين قوى العمل المتاحة ، وبين فرص العمل التي تحققها برامج ومشروعات التنمية فالدول التي تعاني فائضا سكانيا متزايدا من شأنه الاستمرار في الضغط على مواردها المحدودة ، والعمل على تفاقم ظاهرة البطالة الجزئية ، أو كما تسمى أحيانا " عجز الاستخدام "

ولقد صنف الاقتصاديون البطالة في مجموعات مختلفة أبرزها البطالة المقنعة والبطالة الظاهرة :

البطالة المقنعة :

وتشمل أنواعا كثيرة متعددة المظاهر منها :

. العمالة التي تتقاضى أجرا ولا تعطى إنتاجا يناسب هذا الأجر .
 . العامل الذي يؤدي عملا ويمكن له أن ينتج في مواقع أخرى إنتاجا أكثر وفاء باحتياجاته الشخصية وأكثر مساهمة في التنمية القومية .
 . العاملون الذين تتركهم الادارة فترة من الوقت بدون اسناد أعمال كافية اليهم ، ويحدث هذا غالبا عند بدء التحاقهم بالعمل وبينما يبدو أن الفاقد في هذه الحالات هو في الأجور فقط فان الواقع يؤكد أن البطالة المقنعة يمتد أثرها الضار الى مجالات أخرى كثيرة .

المعمل ، وأكبر مثل على هذا ظاهرة الخريجين الذين ينتظرون عدة سنوات حتى يتم تعيينهم وبعد اتمام التعيين يتحول عدد منهم الى بطالة مقنعة .

ومن واقع بحث العمالة بالعينة الذى صدر فى مايو ١٩٨٢ عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء يتضح أن اجمالى عدد المتعطلين فى جمهورية مصر العربية بلغ خلال العام المذكور حوالى ٦٠٦٢٠٠ متعطل ، منهم ٦٦٪ من الذكور والباقي منهم من الاناث كما أن ٦٣٪ من المتعطلين موزعون بالحصر ، والباقي وقدره ٣٧٪ موزعون بالريف .

٢) فقدان فى أيام العمل :

لاشك أن انقطاع العامل عن عمله له تأثير مباشر على الانتاج ويحدث الانقطاع لأسباب كثيرة أهمها : الامراض بصورها المختلفة ، وكذلك اصابات العمل ، وغير ذلك من الأسباب .

والعرض التالى يتناول الصور المختلفة للانقطاع عن العمل بسبب الامراض ، مأخوذاً من احصائيات وزارة القوى العاملة عن عام ١٩٨٤ للمنشآت التى بها مائة عامل فأكثر وهى آخر احصائية أمكن الوصول اليها .

الانقطاع بسبب الامراض العادية :

بلغت الحالات المرضية عن عام ١٩٨٤ حوالى ٥.١٢ مليون حالة ، ذلك من اجمالى العمالة بهذه المنشآت ، والتى تبلغ حوالى ١.٢ مليون ، عامل وبذلك يكون المعدل هو ٤٤٢٤ حالة مرضية لكل ألف عامل وقد ترتب على ذلك منح اجازات مرضية خلال هذا العام قدرها ٥.٧٢ مليون يوم أى بمعدل يوم لكل عامل فى هذه المنشآت .

الانقطاع بسبب الامراض المزمنة :

وبيان هذه الامراض موضع بقرار وزير الصحة رقم ٦٩٥ لسنة ١٩٨٤ وذلك تنفيذاً للمادة ٥١ من القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، باصدار قانون العمل ، وقد بلغت حالات الامراض المزمنة خلال عام

١٩٨٤ حوالى ٧٤ ألف حالة أى بمعدل ٦٣.٨ ٪ حالة لكل ألف عامل . وترتب على ذلك منح اجازات مرضية قدرها ١٠٢ مليون ، بذلك يكون متوسط ايام الانقطاع للحالة الواحدة ١٦.٢ يوم .

الانقطاع بسبب الامراض المهنية :

ويقصد بالامراض المهنية الامراض التى تصيب العمال نتيجة لمزاولة المهنة والتعرض للظروف الخاصة بها ، وهى موضحة بملحق قانون التأمينات الاجتماعية وتعديلاته ، وقد بلغت جملة حالات الامراض المهنية ٢٥٣٧ حالة ، تسبب عنها انقطاع عن العمل قدره ٨٣٧١ يوماً خلال عام ١٩٨٤ ، مع ملاحظة أن هذه الامراض قد تم حصرها فى ١١٥ منشأة يبلغ عدد عمالها ٢١٥٦٩٠ عاملاً ، وذلك من اجمالى عدد المنشآت البالغ ١٤٥٤ منشأة ، تحتوى على ١.٢ مليون عامل . ومن المحتمل أن يكون هناك نقص فى التبليغ عن حالات أخرى من الامراض المهنية .

الانقطاع بسبب اصابات العمل :

ويقصد بها الإصابات التى تحدث أثناء العمل أو بسببه ، ويدخل ضمن ذلك الاصابات التى تحدث للعامل فى الطريق أثناء ذهابه أو عودته من العمل ، وقد بلغت جملة اصابات العمل خلال عام ١٩٨٤ حوالى ٦٢١٣٩ حالة ، بين العمال البالغ عددهم ١.٢ مليون عامل ، أى بمعدل ٥٤.٤ حالة لكل ألف عامل ، وترتب على ذلك حصول العمال المصابين على اجازات مدتها ١.١ مليون يوم ، أى بمتوسط ١٦.٨ يوم لكل مصاب .

الفقدان بسبب الامراض المتوطنة :

وأهم هذه الامراض مرض البلهارسيا لسعة انتشاره وخطورة آثاره وانهاكه للقوى واهضاعفه لقدرة الفرد على العمل . ويتحمل قطاع الانتاج الزراعى العبء الأكثر من الفاقد الاقتصادى نتيجة لاصابة القوى العاملة بهذا المرض ، بسبب سعة انتشاره فى الريف .

ويبلغ عدد المصابين بهذا المرض ، من واقع احصائيات وزارة الصحة ، حوالى ٥٠٪ من جملة العاملين بالإنتاج الزراعى ، كما تبلغ

والمزمن واصابات العمل والوفاة نتيجة اصابات العمل مضافا اليها
الفقدان نتيجة الامراض المتوطنة - تقدر بما يزيد على مائة مليون جنيه
عن عام واحد (١٩٨٤) .

فترة التواجد بمكان العمل :

يستفاد من الواقع الراهن ، أن الكثير من مواقع العمل لا يراعى
فيها التخطيط العلمى السليم لتوزيع مناطق العمل والادارات المشرفة
عليها ، اذ توجد بعض المصانع والشركات خارج المدن مثلا ، بينما
اداراتها الفنية أو الادارية المالية توجد بوسط المدينة ، مما يؤدي الى
ضياع جانب من الوقت بين وصول العامل الى المصنع وبين وقت تواجده
فى موقع عمله وقد يحدث ذلك أيضا عند الانصراف وقد يترك العامل
مكان العمل ، لأسباب مختلفة ويترتب على ذلك ضياع جزء من وقت
العمل بالإضافة الى ضياع جزء من وقت استخدام الآلات والعماله
المساعدة .

كما أن بعد مكان الأجهزة الادارية المتعامله مع العامل أو عدم وجود
ممثلين لها فى الموقع ، قد يؤدي الى ضياع الوقت أثناء فترة انتقال
العامل الى هذه الجهات لمختلف الأسباب .

الاسراف فى الاجازات والعطلات :

يعتبر عدد أيام الاجازات الرسمية والاجازات الدينية فى مصر من
أعلى المعدلات اذا قورن بالدول الأخرى ، والذى يلاحظ أنه فى حالة
ماتصادف العطلة يوم الجمعة فانها تستبدل بيوم تال ، رغم أن هذا
الاجراء يؤدي الى المزيد من الفقدان فى ساعات العمل بالإضافة الى
أن حاجة العمل للتشغيل فى أيام العطلات يزيد من نسبة الأجور فى
الأيام العادية مما يؤدي الى زيادة تكلفة الانتاج

ومما تجدر الاشارة اليه ، أن زيادة أيام العطلة الاسبوعية الى
يومين بدلا من يوم واحد ، مع زيادة ساعات العمل اليومية فى أيام
الاسبوع لم يؤد الى حل ملموس المشكلة المواصلات ، أو الى زيادة
الانتاج فى باقى ايام الاسبوع برغم زيادة ساعات العمل فى

نسبة الفاقد فى القوى البشرية نتيجة الاصابة بهذا المرض حوالى ٢٥٪
من قدرة الانسان الكلية ، تصل نسبة الفاقد فى الانتاج الزراعى الى
١٢.٥٪

وبذلك يمكن حساب الفاقد الاقتصادى فى الانتاج الزراعى نتيجة
العوامل البشرية كمايلى :

$$٢٥ \times ١٢.٥ = ٣١٢.٥ \%$$

وتشير احصاءات عام ٦٩ / ٧٠ الى أن حجم الانتاج الزراعى عن
هذا العام بلغ حوالى ١٠٧٥.١ مليون جنيه وبذلك يكون :

حجم الفاقد فى الانتاج الزراعى = ٣٤.٧ مليون جنيه

حجم الفاقد فى القطاعات الأخرى = ١٠.٦ مليون جنيه

المنصرف على العلاج من هذا المرض = ٢.٨ مليون جنيه

الاجمالى = ٤٨.١ مليون جنيه

ومن ثم يكون اجمالى ماخسرته البلاد بسبب مرض البلهارسيا
وحده ، خلال عام ١٩٧٠ ، حوالى ٤٨.١ مليون جنيه .

ومما سبق عرضه عن أيام الانقطاع بسبب الأمراض والاصابة ،
يمكن تجميع هذه الأيام وحساب تكلفتها وبالتالي الفقدان فى الانتاجية
نتيجة لها على نحو ما هو موضح فى الجدول الوارد فى الصفحة
التالية .

ويتبين من هذا الجدول أن جملة أيام الانقطاع ، فى المنشآت التى
تزيد العمالة فيها عن مائة عامل ، تبلغ حوالى ٨ مليون يوم ، ويمكن أن
يصل هذا الرقم الى الضعف فى انحاء الجمهورية .

وبالإضافة الى ذلك فان الأيام الضائعة بسبب حالات الوفيات التى
تحدث عن اصابات العمل - تبلغ حوالى ٢٣٠ حالة فى السنة - تقدر
بحوالى ١.٣٨٠.٠٠٠ يوم فى السنة على أساس اتخاذ ٦٠٠٠ يوم
كمعدل للأيام الضائعة لكل حالة وفاة وبذلك تقدر المبالغ الضائعة نتيجة
الوفاة باصابات العمل ، بحوالى ٣.٩٣٢.٠٠٠ جنيه كما أن إجمالى
المبالغ الضائعة نتيجة أيام الغياب - بسبب المرض العادى والمهنى

الفقدان بسبب الأمراض والاصابات - عام ١٩٨٤

| الأمراض | أيام الانقطاع في ١٤٥٤ منشأة | أيام الانقطاع في أنحاء الجمهورية | المبالغ الضائعة نتيجة الانقطاع |
|------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| الأمراض العادية | ٥٧٢٠٢٦٨ | ١١٤٤٠٥٣٦ | ٣٥٥٨٧٨٨٩ |
| الأمراض المزمنة | ١٢٠٢٨٩٠ | ٢٤٠٥٧٨٠ | ٣٩٣٥٨٧٦ |
| الأمراض المهنية | ٨٧٣١ | ١٧٤٦٢ | ٢٨٥٦٨ |
| اصابات العمل | ١٠٦٢٩١٣ | ٢٣٢٥٨٢٦ | ٩٠١٧٢٢٧ |
| الأمراض المتوطنة | | | ٤٨١٠٠٠٠٠ |
| اجمالى | ٧٩٩٤٨٠٢ | ١٦١٨٩٦٠٤ | ٩٦٦٦٩٥٦٠ |

هذه الأيام .

الفقدان نتيجة الساعات الضائعة في المواصلات :

يؤخذ من تقرير رسمي عن وسائل النقل بالقاهرة الكبرى ، وجود فقدان في جزء من ساعات العمل اليومية للقوى العاملة التي تستعمل المواصلات عند تأخرها أو تعطيلها ويتضح من هذا التقرير مايلي :

- أن معدل التحرك في القاهرة الكبرى يقدر بحوالى ٠.٩ رحلة / يوم ، لكل مواطن ، لذا فإن عدد الرحلات اليومية داخل القاهرة الكبرى يبلغ حوالى تسعة مليون رحلة يوميا ، باعتبار أن تعداد سكان القاهرة الكبرى حوالى عشرة ملايين نسمة .

- وباعتبار أن عدد الرحلات عن طريق وسائل النقل العام يقدر بحوالى ٥٥٪ من اجمالى عدد الرحلات اليومية أى حوالى خمسة ملايين رحلة يوميا بنسبة ٢٦٪ تقريبا ، يخص القوى العاملة منها ١.٥ مليون رحلة يوميا .

لذلك فإن كل نصف ساعة من التأخير في وسائل النقل العام عن المواعيد الرسمية يؤدي الى فقدان في ساعات العمل قدره ١.٢٥ مليون ساعة

فاذا اعتبرنا أن متوسط قيمة ساعة العمل هو حوالى ٠.٤ جنيه فيكون الفقدان اليومي في الانتاج بمنطقة القاهرة الكبرى حوالى نصف مليون جنيه في المتوسط ، أى حوالى ١٨٠ مليون جنيه في العام الواحد ، وذلك بجانب الفقدان في الوقت والاستهلاك بالنسبة لوسائل المواصلات وتعطيل المعدات .

فاذا علمنا أن وسائل المواصلات تتأخر أكثر من نصف ساعة ، في بعض الأحوال ، لاتضح مدى الجهد البشرى الضائع نتيجة لتأخر المواصلات .

(٣) الفقدان في التدريب :

أجريت دراسة ميدانية على ٥٢ مركز تدريب في مختلف قطاعات الدولة التي تقوم بالعملية التدريبية وقد نشرت هذه الدراسة في يونيو

٥١٢

عام ١٩٨٤ ، ويتضح منها مايتى :-

- أن هناك فقداننا كبيرا في امكانات ومراكز التدريب القائمة حاليا ، ومن أهم أسبابه عدم كفاية عدد الملتحقين بالتدريب ، مقارنة بالسعة التدريبية لكل مركز تدريبي حيث لا تتعدى نسبة الاستفادة من السعة التدريبية في مختلف المجالات ٥٦.٦ ٪ كما هو موضح بالجدول التالى ، مما يضيع فرص التدريب لعمالة الزائدة أو البطالة المقنعة أو البطالة الظاهرة أو التدريب التحويلي ، وبالتالي يؤدي ذلك الى فقدان القوى العاملة المدربة .

| القطاع | عدد المراكز | السعة | عدد الملتحقين | نسبة الاستفادة |
|----------------------|-------------|-------|---------------|----------------|
| قطاع الصناعة | ١٢ | ٢٤١٢ | ١٨٧٤ | ٧٧.٧ ٪ |
| ،، التشييد | ١٣ | ٣٢٨٠ | ١٧٣٣ | ٥٢.٨ ٪ |
| ،، النقل | - | - | - | - |
| ،، الكهرباء | ١ | ٢١٥ | ١٧٠ | ٧٩.١ |
| ،، الشؤون الاجتماعية | ١٠ | ١٩٧٠ | ٧٨٧ | ٣٩.٩ ٪ |
| ،، القوى العاملة | ٣ | ٥٧٥ | ٣٠٢ | ٥٢.٥ ٪ |
| ،، الصحة | ١ | ١٨٠ | ١٦ | ٨.٩ ٪ |
| الاجمالي | ٤٠ | ٨٦٣٢ | ٤٨٨٢ | ٥٦.٦ ٪ |

- ان مقارنة الكوادر الوظيفية ، طبقا للتنظيم المخطط والموقف الحالى ، أسفرت عن وجود عجز في الكوادر الفنية بمراكز التدريب وفي نفس الوقت وجود فائض في العمالة العادية. وقد درس هذا المؤشر من خلال استقراء البيانات على مستوى القطاع والمركز وفئات الهيكل الوظيفي .

- ان بعض المراكز يوجد بها فائض في بعض الفئات وعجز في فئات أخرى ، ومن الصعب ايجاد قدر من التوازن بين هذه المراكز في

صيانة القوى البشرية

من المبادئ الأساسية لتخطيط القوى العاملة ، اتخاذ الوسائل والتدابير الخاصة بصيانة الموارد البشرية ، والحفاظ على المستوى الصحى للعمال ، ومن ثم قدرتهم الطبيعية على الانتاج طوال حياتهم العملية . وتتخلص هذه الوسائل فيما يلى :

– مكافحة الأمراض المتوطنة والقضاء عليها ، لما تحدثه من تأثير سئى على القدرة الطبيعية للأفراد .

– ضمان ظروف العمل المعيشية الملائمة لارتفاع المستوى الصحى للعاملين ، وكذلك السكن الصحى الملائم ، والتغذية الكافية بوجه خاص .

– العمل على نقاء البيئة وحمايتها من التلوث .

– اتخاذ الاحتياطات اللازمة والتدابير الخاصة بالأمن الصناعى والسلامة المهنية والتي من شأنها حصر اصابات العمل والأمراض المهنية فى أدنى حد مستطاع .

– ادخال العنصر الوقائى فى الاعتبار ، سواء بالنسبة لتصميم النماذج الحديثة للآلات ، أو بالنسبة للتحسينات الفنية المستحدثة فى وسائل العمل وبهذا يمكن تجنب الأسباب الميكانيكية للحوادث عند المنبسط ، وحصرها فى أدنى حد مستطاع .

– رفع سن التشغيل الأدنى الى الحد الكفيل بمنع استخدام الأحداث فى سن مبكرة ، وهم لا يزالون فى مرحلة النمو ، حفاظا على صحتهم وكفائتهم فى مراحل السن التالية . كما أن الصلاحية للتدريب على الأعمال الصناعية من حيث الاستعداد الطبيعى والأساس النظرى تقتضى الا يبدأ التدريب قبل سن ١٥ سنة . وقد اتخذت هذه السن كحد من أدنى لسن التشغيل فى اتفاقيات العمل الدولية بالنسبة للصناعة والعمل البحرى ، أما بالنسبة للزراعة والأعمال غير الصناعية فتخفف من الاتفاقيات الحد الأدنى الى ١٤ سنة .

القطاع الواحد ، نظرا لوقوعها فى محافظات مختلفة ، وما لذلك من علاقة بالسكن ، وايضا بسبب اختلاف مجالات التدريب .

– أن أوضاع هيئات التدريس والتدريب والمدربين خاصة ، تؤكد ما يلى :

× وجود عجز فى المدربين ، مما يؤثر على مستوى التدريب وتأهيل المتدربين .

× زيادة نصاب المدرب من المتدربين .

× عدم كفاءة المدرب ، لعدم وجود معاهد كافية لتدريب المدربين .

× عدم مناسبة برامج التدريب وعدم كفاءة تنفيذها ، كما أن هذه البرامج لا تواكب التطور التكنولوجى العالمى .

(٤) فقدان نتيجة ظروف العمل :

يفقد العامل جزءا من طاقته الانتاجية ، اذا وجد فى ظروف غير صحية أو غير مناسبة مثل : ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها ، أو عدم كفاية الضوء أو شدته ، أو ارتفاع نسبة الرطوبة ، أو كثرة الأدخنة المختلفة كما هو الحال فى مصانع الاسمنت ، الى غير ذلك من الظروف التى تؤثر على كفاية أداء القوى العاملة ، مما يستدعى ضرورة توفير المناخ الملائم طوال وقت العمل ، حفاظا على الطاقة الانتاجية ومن ذلك على سبيل المثال :

– إعداد مكان العمل بشكل يمكن من تجديد التهوية والاضاعة الطبيعية .

– تزويد العمال بأغطية خاصة بالأذن – ما لم يتعارض مع حسن سير العمال – حماية لهم من آثار الضوضاء .

– إيجاد أجهزة لامتصاص الأتربة والغازات الناتجة من العمليات الصناعية ، لما لها من اثر سئى على صحة العمال .

– تزويد العمال بما يلقى وجوههم من الذرات المتطايرة ، وتزويد عمال الأفران بنظارات قاتمه للوقاية من الوهج الشديد .

بداية تأسيس الدولة الحديثة في مصر ، غير أنها كانت مرهونة ، حينذاك ، بكثير من الضوابط التي تحكمها حاجة البلاد ، واستقرار الحكم ، غير أن أوضاعها أخذت في التغير في النصف الثاني من ذلك القرن ، خاصة بعد التوسع في الاستخدام للقروض الأجنبية ، ثم بلغ التغيير نوبته في أعقاب الاحتلال الإنجليزي عام ١٨٨٢ إذ تزايدت هذه العمالة في كثير من المجالات ، ابتداء من أجهزة الحكم المحلي ، وحتى الفنادق والمقاهي ومحال البقالة .

ولم يكن لمصر في هذا الوقت أي نوع من السيطرة على تدفق هذه العمالة الأجنبية الوافدة . على أن توافدها على مصر لم يكن شرا كله ، بل كان سببا لتدريب من عمل معهم من المصريين على مهن لم يكونوا على دراية ، بها فنشأت طبقة جديدة من المتعاملين في مجالات عديدة كأعمال البنوك والتجارة والفندقة الى جانب عدد من الصناعات في مجالات متنوعة كالميكانيكا والكهرباء ، وأعمال البناء .

وفي مطلع عهد الاستقلال والتوسع في التعليم والتدريب بدأ ظهور أعداد كبيرة من المصريين انتشرت في مختلف أنواع النشاط الاقتصادي جنباً الى جنب مع العاملين من الأجانب المقيمين في مصر واستقروا بها وحصلوا على اقامات دائمة وكونوا الأسر بل أنشأوا لأبنائهم المدارس الخاصة كمدارس الجالية اليونانية والجالية الإيطالية والفرنسية الى جانب الجالية البريطانية صاحبة المكنة الأولى في مصر بحكم وضعها الاستعماري .

ولم يشعر المصريون بخطر أو منافسة هذه القوى العاملة الأجنبية الا بعد مرور حقبة طويلة من الزمن ، تخللتها حركات وطنية متتالية للتححر السياسي والاقتصادي وفي نفس الوقت دخلت القوى العاملة المصرية مجالات الأنشطة الجديدة التي بدأها الأجانب وقت أن كان النشاط الرئيسي للمصريين هو الزراعة فقط ، وعندما تكونت الكوادر المختلفة من أبناء البلاد بدأ التفكير في الحد من سيطرة العمالة الأجنبية على سوق العمل في مصر .

العمالة الأجنبية في مصر والمنطقة العربية

تشهد المنطقة العربية ، بما فيها مصر ، تواجدا ملحوظا للعمالة الأجنبية بأسواق العمل بها ، مع اختلاف واضح في معدلات تدفق هذه العمالة على سوق العمل المصرية ، ونظائرها بالبلاد العربية ، وخاصة الدول البترولية التي تتزايد فيها هذه المعدلات ، بينما تعتبر محدودة في مصر اذا قيس عدد السكان أو بمجموع القوى البشرية العاملة ، ويرجع ذلك الى أسباب متعددة من بينها :

• كثرة وتنوع الكوادر العاملة الفنية وغير الفنية بمصر ، في كثير من التخصصات مع وفرة ملحوظة في مجموعات القوى البشرية العاملة .

• قلة الأيدي العاملة المحلية في كثير من البلاد العربية ، مع ندرتها في تخصصات كثيرة .

• أن الكوادر الفنية في هذه البلاد ، تعتبر في دور التكوين والإعداد .

• أن ظروف تواجد العمالة الأجنبية في مصر ، تختلف عن مثيلتها في معظم البلاد العربية .

العمالة الأجنبية في مصر

تاريخ تواجدها :

يرجع استقدام العمالة الأجنبية الى أوائل القرن التاسع عشر عند

٢٥ لسنة ١٩٨٢ فى شأن شروط الترخيص فى العمل للأجانب ، تضمن عدة شروط تتصل بتنظيم منح التراخيص وسحبها ، والتزام المؤسسات التى يصرح لها باستخدام الخبراء أو الفنيين الأجانب بهذا القرار ، من حيث عددهم ومزاحمتهم للمواطنين ، وغير ذلك .

وتجدر الإشارة الى أن أحكام قانون العمل الخاص بتنظيم عمل الأجانب فى مصر لاتنطبق الا على القطاعين الخاص والعام ، أما الحكومة والهيئات العامة فتتخضع لقوانين الاستخدام بهذا أسلوب التعاقد مع الأجانب الذين تستقدمهم كخبراء أو استشاريين ، وكذلك الأجانب الذين يحضرون للعمل مع بعض الهيئات القومية بناء على اتفاقيات مبرمة بين الحكومات وعلى سبيل المثال الفرنسيون العاملون فى مترو الأنفاق ، طبقا لاتفاق بين الهيئة القومية للأنفاق والحكومة الفرنسية .

ولا تظهر أعداد أو تخصصات هؤلاء الأجانب فى الإحصاءات التى تعدها وزارة القوى العاملة عن الأجانب العاملين فى القطاعين الخاص والعام .

وإذا روى الالتزام بتنفيذ هذه الضوابط بأحكام لاعتبرنا أن العمالة الأجنبية فى مصر هذه الأيام لاتتشكل أى خطورة على فرص العمل المتاحة للقوى العاملة المصرية .

ولكن لوخط فى الفترة الأخيرة حالات تسرب تتم عن طريق استقدام المربيات الآسيويات ، أو عمال الزراعة والعمال العاديين ، من الآسيويين لمقابلة العجز الناتج عن العمالة المصرية المسافرة الى الدول العربية ، وارتفاع أجور العمال المصريين .

حجم الظاهرة وطبيعتها :

الحجم : بلغ عدد التراخيص التى أصدرتها وزارة القوى العاملة للعمال الأجانب للقطاع العام والخاص ٢٠ ألفا عن عام ١٩٨٣ ، وبالإضافة الى بيان التراخيص يوجد بيان آخر يعبر عن الظاهرة نفسها ولكن بشكل آخر . وهذا البيان هو الرصيد الخاص لهذه التراخيص ، ويعبر عن عدد التراخيص السارية المفعول فى نهاية السنة ، أى أنه يبين

ويصودر القوانين العمالية بعد الحرب العالمية الثانية بدأ التفكير فى عدم التصريح بوفود عمالة أجنبية جديدة الا بشروط تجعل لمصر نوعا من السيطرة فى هذا المجال وإن كانت غير محكمة لأسباب عديدة .

أما فى الحكومة فقد بدأ انحسار المد الأجنبى بزوال عهد الضباط الأجانب فى الجيش والشرطة ثم التخلص من مهندسى الرى ومفتشى التعليم .

ولكن لم يتم نفس الاحلال بنفس الصورة فى مجالات البنوك والشركات الاقتصادية الا بعد فترة طويلة جاء ختامها مع قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ وصودر قرار تمصير البنوك وشركات التأمين الأجنبية .

وقد كان لصودر هذه القرارات أثر كبير دعا الأجانب المقيمين فى مصر الى التفكير فى مستقبل أولادهم حيث أصبح من المتعذر عليهم أن يجدوا الفرصة التى سبق أن وجدها أبائهم فى مصر من قبل . ومن هنا نشأت حركة هجرة معاكسة لعدد كبير من الأجانب والمتصيرين الذين هاجروا الى دول لها نفس ظروف مصر السابقة مما يعطيهم الأمل فى أن يجدوا أعمالا تستوعبهم هم وأولادهم وبذلك انخفض عدد الأجانب فى مصر بشكل ملحوظ خاصة بعد ثورة يوليو ١٩٥٢ وبالدات بعد عنوان ٥٦ ثم تطبيق القرارات الاشتراكية عام ١٩٦١ .

ونتيجة للتطور الكبير فى مختلف تخصصات القوى العاملة المصرية وتكوين الكادرات الفنية فى مختلف نواحي الحياة أصبح هناك ضرورة حتمية للحد من تدفق العمالة الأجنبية على مصر حتى لاتزاحم القوى العاملة الوطنية ، لذلك تضمنت قوانين العمل منذ صودرها عام ٢٩ وماتلاها من تعديلات ، فصلا خاصا ينظم عملية اشتغال الأجانب فى مصر .

وقد صدر قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ليضع اللمسات الأخيرة فى تنظيم عملية اشتغال الأجانب فى مصر .

وقد أفرد فى هذا القانون الفصل الثالث لأسس هذا النظام .

وتنفذا لأحكام قانون العمل ، صدر قرار وزير القوى العاملة رقم

التراكمات الموجودة في تاريخ معين . وكان الرصيد في نهاية ديسمبر ١٩٨٣ هو ١٨ ألفاً فقط ، وهو رقم قريب من الرقم السابق عن عدد التراخيص ، ويرجع الفرق الى أن جزءاً من التراخيص الصادرة كانت لمدد أقل من سنة .

أما عن القطاع الحكومي والهيئات العامة فإن أحدث بيان متوافر حالياً هو عن عام ١٩٧٩ ، حيث بلغ العدد ٣ آلاف فقط . وبذلك يمكن الاستنتاج بأن العمالة الأجنبية في القطاعات المختلفة تبلغ حوالى ٢٣ ألفاً في عام ١٩٨٣ .

ولكن نظراً لوجود فئات مستثناة من عملية التراخيص - مثل :
• أعضاء السلك الدبلوماسى والقنصلى الأجنبى وكذلك الموظفين الإداريين الذين يعملون معهم .
• المعيّنين بموجب اتفاقيات دولية .

وبالإضافة الى احتمال وجود حالات من التهرب من اجراءات الترخيص - فقد تمت دراسة هذه الظاهرة عن طريق مقارنة بيان التراخيص أو الأرصدة الخاصة بها بالبيانات الخاصة بالعمالة الأجنبية المتوافرة من مصادر أخرى . وقد تبين أن تعداد السكان عن عام ١٩٧٦ هو أفضل المصادر للوفاء بالفرض المطلوب ، وقد أوضحت الدراسة مايلى :

- عدد العمالة الأجنبية ، من تعداد السكان ، في ١٩٧٦ هو ٢٨٤٦٥ .

- عدد التراخيص الصادرة للقطاع العام والخاص في ١٩٧٦ هو ١٠١٠٨ .

- عدد الأرصدة من التراخيص في ١٩٧٦/١٢/٣١ هو ٩٩٧٢ .
- عدد الأجانب العاملين بالحكومة والهيئات العامة في ١٩٧٦ هو ٢٤٢٥ .

- وبذلك يكون اجمالى العمالة الأجنبية في كافة القطاعات ، باستخدام بيان التراخيص هو ١٢٥٢٣ فقط عن عام ١٩٧٦ .

- كما أن مجموع العمالة الأجنبية باستخدام بيان الأرصدة هو ١٢٣٩٧ عن عام ١٩٧٦ . وبمقارنة الرقمين الأخيرين برقم الأجانب المتوافر من التعداد وهو ٢٨٤٦٥ ، نجد أن :

• نسبة التراخيص الى العمالة الأجنبية في التعداد = ٤٤.٠ %
• نسبة الأرصدة الى العمالة الأجنبية في التعداد = ٤٣.٥٥ %
وبتعميم هذه النتائج عن عام ١٩٨٢ فإنه يمكن الاستنتاج بأن العمالة الأجنبية ، في عام ١٩٨٣ ، تتراوح ما بين ٤٨ ألفاً ، ٥٢ ألفاً .
تطور تشغيل العمالة الأجنبية :

يستفاد من بيانات تراخيص العمل للأجانب والأرصدة الخاصة بها ، على مدى الفترة من عام ٦٢/٦٣ الى عام ١٩٨٣ ، أن التراخيص مقسمة الى نوعين هما : التراخيص الممنوحة لأول مرة والتراخيص المجددة وتشير هذه البيانات الى مايلى :

- حدوث انخفاض مستمر تقريباً في التراخيص بنوعيتها منذ عام ٦٣/٦٢ حتى عام ١٩٧٣ .

- ارتفاع طفيف في التراخيص الممنوحة لأول مرة عام ١٩٧٤ ، يليها ارتفاع كبير من ١٦٢٨ في عام ٧٤ الى ٣٤٠٢ في عام ١٩٧٥ .
- ارتفاع واضح ومستمر في اجمالى التراخيص منذ عام ١٩٧٥ الى الآن .

الجنسيات :

يشتمل الجدول (أ) في الصفحة التالية على التوزيع المئوى للأجانب ، وفقاً لمجاميع الدول في كل من جملة القطاع العام والخاص ، ثم الحكومة والهيئات العامة .

ويشير هذا الجدول الى الشكل العام للعمالة الأجنبية من حيث الجنسيات ومنه يتضح أن ما يقرب من نصف العمالة مصدرها أوربي (٥٧.٣% للقطاع العام والخاص ، ٤٧.٤% للحكومة والهيئات العامة) يلي ذلك عمالة الدول العربية ثم عمالة الدول الآسيوية ، أما عمالة الدول الأفريقية فليس لها وزن يذكر .

أما فيما يختص : بتفاصيل الجنسيات فيمكن ايجازها فيما يلي:

(أ)

التوزيع المئوي للأجانب وفقا لمجاميع الدول

| مجاميع الدول | قطاع عام وخاص ٪ ١٩٨٣ | حكومة ومؤسسات عامة ٪ ١٩٧٩ | جملة ٪ |
|-----------------------|-------------------------|------------------------------|-----------|
| دول عربية | ١٥,٧ | ٢٢,٦ | ١٦,٧ |
| دول أفريقية | ٠,٢ | ٠,٩ | ٠,٣ |
| دول آسيوية | ١١,١ | ١٣,٥ | ١١,٤ |
| دول أوروبية | ٥٧,٣ | ٤٧,٤ | ٥٥,٩ |
| دول أمريكية وأستراليا | ١٤,٢ | ١٥,٥ | ١٤,٤ |
| غير مبين | ١,٥ | ٠,١ | ١,٣ |
| جملة | ٪ ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠ |

(ب)

التوزيع المئوي لمهن العاملين الأجانب

| الاقسام الرئيسية للمهن | قطاع عام وخاص ١٩٨٣ | اجمالي القوى العاملة على المستوى القومي ١٩٨٣ |
|--|-----------------------|--|
| أصحاب المهن الفنية والعلمية | ٦٩,٤ | ١٠,٥ |
| المديرون الإداريون ومديرو الأعمال | ٧,٦ | ٢,٠ |
| القائمون بالأعمال الكتابية ومن اليهم | ١,٩ | ٨,١ |
| القائمون بأعمال البيع | ٨,٨ | ٦,٣ |
| العاملون بالخدمات | ٢,٧ | ٨,٤ |
| العاملون في الزراعة وتربية الحيوان | ١,٥ | ٢٦,١ |
| عمال الانتاج ومن اليهم وعمال تشغيل وسائل النقل . | ٠,٨ | ٥,٥ |

مجموعة الدول العربية :

وتصدرها الجنسية :

السورية (٧٤٠) ، يليها اللبنانية (٦٨٢) ، ثم الليبية (٥٢٦) ، ثم
السودانية (٤٠٢) والأردنية (٤٠١) والفلسطينية (٣٨٢) .

مجموعة الدول الآسيوية :

تأتى الجنسية الكورية فى المقدمة (٦٩٨) ، ثم اليابانية (٤٣٤) ، ثم
الفلبينية (٣١٢) ، والهندية (٢٣٩) ، والباكستانية (١٦٣) .

مجموعة الدول الأوربية :

والمرتبة الأولى فيها للجنسية البريطانية (٢٧٢٩) يليها الإيطالية
(٢٣٩٩) والفرنسية (١٥٩٩) ، ثم اليونانية (١٢٩٨) والألمانية الغربية
(١١١٦) ، والروسية (٤٢٦) .

الأمريكتين :

وتنفرد الولايات المتحدة الأمريكية برقم متميز (٢٦٣٥) ، ويأتى
بعدها بفارق كبير كندا (٢٦٢) .

التركيب المهنى :

يحتوى الجدول (ب) الوارد على الصفحة السابقة على التوزيع
المئوى للأقسام الرئيسية للمهن للعاملين الأجانب بالقطاع العام والخاص
فى عام ١٩٨٣ ، وكذلك لاجمالى القوى العاملة فى العام نفسه :

ويشير الجدول الى أن هناك ارتفاعا كبيرا فى نسبة المهن الفنية
العلمية فقد بلغت ٤٠ ٩٦٪ فى أرصدة العمالة الأجنبية فى القطاع
الخاص والعام عن عام ١٩٨٣ ، فى حين أن النسبة المناظرة فى
اجمالى القوى العاملة على المستوى القومى لم تتعد ١٠ ١٠٪ عام
١٩٨٢ . ومن جهة أخرى يلاحظ انخفاض شديد فى العمالة الزراعية
الأجنبية ، إذ بلغت ١٠ ١٥٪ فقط فى حين أنها تصل الى ما لا يقل عن
١٠ ٣٦٪ على المستوى القومى .

وفيما يختص بتفاصيل هذه الأقسام الرئيسية للمهن فإنها
غير متوفرة من أرصدة العمالة الأجنبية ، ولكنها متاحة لاجمالى

التراخيص التى تم اصدارها فى سنة واحدة ولذلك فقد تم الاعتماد على
بيانات اجمالى التراخيص لظهور التفاصيل المهنية .

أما توزيعات أبواب المهن - تبعا لتراخيص العمل الصادرة للأجانب
فى عام ١٩٨٣ - فيتضح منها ما يأتى :

أصحاب المهن الفنية والعلمية :

أهم أبواب المهن هى المهندسون (٦٧٦٩) ، الاخصائيون فى علم
الطبيعة (٢٤٣٦) ، الطيارون وضباط ومهندسو السفن (١٨٠٤) ،
المدرسون (١١٠٤) .

المديرون الاداريون ومديرو الأعمال : ومعظمهم من مديري الأعمال
(١٥١٨) .

ومعظمهم من أصحاب الأعمال الذين يعملون فيها (١٩٥٣) ، والذين
لا يشكلون منافسة للأيدى العاملة الوطنية .

العاملون بالخدمات :

أهم أبوابها العاملون فى رعاية ونظافة المباني (١٨) ، ثم الطهاة
والجرسونات (١٦٣) .

عمال الانتاج ومن اليهم وعمال تشغيل وسائل النقل :

وأهم أبواب هذه المهن هى عمال تركيب وصيانة وإصلاح الآلات
(٢٨٧) ، الملاحظون والمشرفون على الانتاج (١٩٥) ، عمال المناجم
والمحاجر (١٩٤) ، عمال تركيب وإصلاح وصيانة المعدات الكهربائية
(١٦٨) .

الآثار المترتبة على تشغيل العمالة الأجنبية :

لاتتيسر حتى الآن بيانات تفصيلية دقيقة عن أبعاد العمالة غير
المصرية ومدى استخدامها فى قوة العمل المصرية حسب الأنشطة
الاقتصادية ومستويات المهارة والتخصص ، وقد يكون ذلك بسبب عدم
الاهتمام برصد كل ما يتعلق بالموارد البشرية فى مصر ، بل إن
مؤشرات قوتها وضعفها ليست فى متناول الاحصاءات السائدة ومع ذلك
فإن البيانات المتاحة تفصح عن بعض الدلالات منها :

- تزايد استخدام العمال الأجنبية في الفترات الأخيرة .

- تتصف العمال الأجنبية الوافدة بخبرات متقدمة أغفلتها نظم التعليم والتدريب الموجودة حالياً والتي تخرج أعداداً ضخمة غير مطلوبة .

- سيظل سوق العمل المصري - بوضعه الراهن - مجالاً فسيحاً لاستخدام الأجانب بسبب قصور قوة العمل المصرية عن التخصص في المهن والتخصصات الحديثة أو لقلّة الإعداد الفني والمهني لها .

- أن هناك هجرة دائمة إلى الخارج بين المستويات العالية من المهارة المصرية كناتج لمخطط استنزاف العقول الذي تحرص عليه الدول المتقدمة ، إذ تشعر الدول الصناعية بأن التنافس بينها الآن إنما يعتمد على حشد المزيد من التخصصات العالية التي قد لاتجدها بصورة كافية بين شبابها ، لذلك فإنها تعتمد في توفير القدر الكافي من هذه التخصصات على استنزاف العقول والكفاءات بالدول النامية ومنها مصر .

هذا بالإضافة إلى هجرة مؤقتة إلى الدول العربية استنفدت الكثير من نوى الخبرة من المصريين سواء من نوى المهن الفنية والعلمية أو الحرفيين أصحاب المهارات العالية بل امتدت الهجرة المؤقتة أيضاً إلى العمالة الزراعية والعمالة غير الفنية .

وقد أدى كل ذلك إلى ظهور العديد من الآثار الإيجابية والسلبية التي ترتبت على تشغيل العمالة الأجنبية في مصر ، من أهمها :

الآثار الاقتصادية : ويبرز من بينها عدة جوانب يخلص أهمها فيما يأتي :

سد الثغرة في بعض المهن والتخصصات :

مما لا شك فيه أن قدوم العمالة الأجنبية إلى مصر قد ساعد على سد النقص في بعض المهن والتخصصات التي عجز سوق العمل المصري عن توفيرها - خاصة بالنسبة إلى الأعمال المرتبطة بدخول تكنولوجيات جديدة لم يتعود عليها السوق المصري ، ولم يأخذ في حسبانته تعليم

وتدريب عمالة عليها .

وهذه الأعمال تتراوح ما بين الخبرات البحثية العالية في جميع المجالات (كالطب - والهندسة - والعلوم - وغيرها) بالإضافة إلى الخبرات العاملة في مجال المال والاقتصاد ، وكذا المتعلقة بأساليب الإدارة الحديثة - فضلاً عن العمالة الفنية في بعض المجالات المهنية على مستوى الملاحظين والعمال المهرة .

ويمكن أن نرى ذلك في المشروعات الكبيرة ذات التكنولوجيا المرتفعة مثل مشروع مترو الانفاق والانشاءات في مجال الفنادق والصناعة وغيرها ، حيث دخلت أساليب عمل جديدة ومعدات حديثة تحتاج إلى خبرات عالية من الناحية الفنية وكذا من الناحية الإدارية التي تضمن الارتفاع بإنتاجية العمل واقتصادياته .

وهذا وتنص القرارات المنظمة لإصدار تصاريح عمل الأجانب على ألا يمنح التصريح إلا للتخصصات التي يفتقر إليها سوق العمل المصري حتى لا يشكل ذلك مزاحمة للمصريين . غير أن ذلك يستلزم أن يكون لدى هذه الجهات قوائم بالمهن والتخصصات التي بها عجز بناءً على معلومات متوافرة عن احتياجات السوق المصري ومخرجات التعليم والتدريب وذلك من خلال خطة شاملة للعمالة والاقتصاد والتعليم والتدريب ، الأمر الذي لايتوفر الآن بصورة مرضية تضمن التعرف الأكيد على النقص في المهن التي يمكن أن يسمح للأجانب بالعمل فيها بحيث لاتزاحم الأيدي العاملة المصرية .

تدريب قوة العمل المصرية على الخبرات الجديدة :

تنص لوائح تشغيل الأجانب بوزارة القوى العاملة على ضرورة تعيين مساعد مصري أو أكثر لكل خبرة من هذه الخبرات حتى يمكن للمصريين استيعاب النواحي الفنية وأساليب العمل في مدة الشهور العشرة المسموح بها للخبير الأجنبي كمدة أولى ، إلا أن الملاحظ هو طلب الجهات التي تقوم بتشغيل الأجانب عادة بعد فترة وجود هؤلاء الخبراء لمدة أخرى أو أكثر بحجة عدم وصول المساعدين المصريين إلى مستوى

تكنولوجيات جديدة الى مصر كما وفر عليها مبالغ طائلة كانت ستتكبدها لو أنها قامت بإرسال المصريين للتدريب بالخارج .

نقل تكنولوجيا متقدمة :

واضح من الاحصاءات الرسمية لوزارة القوى العاملة لعام ١٩٨٣ - وان كانت لا تمثل الواقع بالنسبة لاجمالي العمالة الأجنبية لوجود عمالة أجنبية متسربة الى داخل البلاد - أن نسبة من حصلوا على تراخيص من الأجانب والذين يندرجون تحت تصنيف أصحاب المهن الفنية العلمية والمديرين والاداريين ومديرى الأعمال ، يمثلون حوالى ٧٧٪ من جملة العمالة الأجنبية أغلبهم من أوروبا وأستراليا ، الأمر الذى يعكس ارتفاع مستوى العمالة الأجنبية ونوعية الأعمال التى يقومون بها مما كان له أثر فى نقل التكنولوجيات الجديدة المتطورة الى مصر والتى لايتوافر لها خبرات محلية على المستوى المطلوب .

ويرجع النقص فى العمالة المصرية فى المجالات المتقدمة الى عدة عوامل أهمها :

• جمود النظام التعليمى والتدريبى فى مصر وعدم تحركه السريع لمجابهة تطورات العلوم والتكنولوجيا وبعده عن الممارسات التطبيقية التى يحتاجها سوق العمل وتركيزه على الكم وليس الكيف - ويتمثل ذلك فى برامج نمطية لم يتغير معظمها منذ نصف قرن من الزمان ، كما تحولت أساليب الدراسة فى الجامعات الى ملازم مطبوعة شأنها فى ذلك شأن المدارس الثانوية وبعدت عن خلق روح المبادأة التى تحتاجها مصر حتى يمكنها أن تكسر حلقة التخلف والانطلاق الى آفاق جديدة بأفراد يتميزون بالقدرة على الخلق والابداع - كما يتمثل ذلك فى المدرسين والمدرسين غير المؤهلين التأهيل الكافى المثقلين بأعباء كبيرة وليس لديهم الدافع للتطور والوقوف على أحدث الأساليب المتقدمة وذلك لمعاملتهم بالوائح والقوانين الحكومية وشبه الحكومية من حيث الأجور والحوافز ونظم الترقى وغيرها التى تحبط لديهم الرغبة فى رفع مستوى مهارتهم .

• أن كثيرا من الخبرات المصرية النادرة العالية التأهيل قد فضلت ،

الخبرة المناسب ، ويرجع ذلك الى عدم وجود نظام متابعة يضمن نقل هذه الخبرة بطريقة فعالة وجدية ، وقد يعزى ذلك الى نقص الدافع الحقيقى لدى الخبير الأجنبى لنقل خبرته كاملة الى المساعدين المصريين أو عدم استيعاب هذه الخبرة بصورة فعالة من جانب المساعد المصرى .

ومع ذلك فإن مجرد الاحتكاك بين العمالة المصرية والخبرات الأجنبية الفنية منها والإدارية قد ساعد الكثيرين على استيعاب هذه الخبرات ولو أنها تنصب فى الوقت الحالى على المحاكاة ولم تدخل مرحلة التطوير الحقيقى ، حيث تنحصر هذه الخبرات فى تشغيل الأجهزة والمعدات المتطورة ولم تدخل مرحلة انتاج وتصميم وتطوير هذه الأجهزة والمعدات وهى عملية شاقة تتطلب من أجهزة التعليم والتدريب عدم قصر أنشطتها على التلقين ، بل يجب عليها تطوير برامجها وأساليبها لغرس روح المبادرة والاختراع والتطوير فى نفوس المتعلمين والمتدربين منذ المراحل الأولى للتعليم كما يتطلب الأمر توجيه أنشطة مراكز البحوث الى التركيز على المشكلات العملية التى تعترض عمليات الانتاج وعمليات التصميم والتطوير بحيث يكون لها عائد مباشر على الاقتصاد القومى .

كما تمثل اللغة الأجنبية التى يتفاهم بها الخبير الأجنبى عائقا مهما فى وسيلة نقل المعرفة والخبرة ، وكان الأجدر بنظم التعليم أن توجه جهودا كبيرة لتعليم اللغات الأجنبية الحية حيث اننا بلد نام لم يقم حتى الآن بخلق علوم وتكنولوجيات مصرية صميمة ولكننا نعتمد فى أكثرها على البلاد الأجنبية المتقدمة وبالتالي على مصادر معلوماتها المتمثلة فى المراجع والبحوث المنشورة وغيرها بلغتها الأصلية ، ولايعنى ذلك التقليل من شأن لغتنا ولكن هذا لايمتتنا من اجادة اللغات الأخرى التى تتوفر فى مراجعها أسباب القوة والتقدم والتطور .

على أن بعض الجهات التى تمتاز بالجدية والادارة الرشيدة قد حصلت على الاستفادة القصوى من الخبرات الأجنبية التى استقدمتها فى تدريب أعداد كبيرة من العمالة المصرية الأمر الذى ساعد على نقل

إما الهجرة الدائمة الى بلاد المهجر أو الهجرة المؤقتة الى الدول البترولية نظرا لارتفاع الأجور والحوافز المادية والمعنوية التي تفتقدها في مصر نتيجة عدم توافر المجالات المتقدمة والامكانيات المادية اللازمة لتشغيل هذه الخبرات مما يضيع على الدولة فرصة التطور السريع نتيجة هروب رأس المال البشرى العالى التأهيل الى الخارج حيث تستفيد منه الدول التي يعملون بها في حين تتكلف الدولة مصاريف إعدادها وتعليمها مما يمثل فقدانا كبيرا ، بالرغم من أن كثيرا منهم يقوم بتحويل مدخراته الى مصر على شكل عملات أجنبية الا أن ذلك لا يوازى النفع الذى يعود علينا في حالة استخدام الدولة لهم استخداما أمثل في دفع عجلة الانتاج في مصر .

جلب رؤوس أموال : ساعد الترخيص للأجانب بالعمل في مصر بالإضافة الى قوانين الانفتاح ، على جلب رؤوس أموال في الأنشطة المتطورة عن طريق المشروعات الاستثمارية الأجنبية المشتركة وكذلك المشروعات التي تعتمد على القروض المشروطة أو المعونات الخاصة ببرامج التنمية التابعة للأمم المتحدة والمنظمات العالمية الأخرى وكذا المعونات المقدمة من بعض الدول الأجنبية ، حيث تكون إقامة المشروع في الغالب مرتبطة بالموافقة على وجود الخبرات الأجنبية التي تضمن للمستثمر أو لمقدم المعونة حسن سير العمل وارتفاع فنيته وعائداته الاقتصادية ، ولا يعنى ذلك أن العمالة الأجنبية القادمة تحت هذا البند تقدم كل ماديها حيث تفتقر هذه العمالة الى الرغبة في العطاء الكامل ، بل ان بعضها لا يقدم الى مصر الا بهدف الحصول على أجور مرتفعة جدا في مقابل أعمال ثانوية كان يمكن للعمالة المصرية أن تقوم بها على وجه أفضل من الأجانب ، كعمال التشييد والبناء الذين تستقدمهم بعض الشركات المختلفة أو الأجنبية للعمل في بعض المشروعات مثل بعض الفنادق الجارى اقامتها . وقد قامت أجهزة وزارة القوى العاملة بضبط ٣٩ عاملا أجنبيا يعملون في عملية انشاء فندق بالقاهرة بلا ترخيص ، الأمر الذى يمثل مزاحمة غير شرعية للقوى العاملة المصرية .

وتمثل مرتبات العمال الأجانب في كثير من الأحيان جزءا غير يسير من عائد المشروع نظرا لأن معظمهم يأتون من دول متقدمة يتقاضون أجورا مرتفعة لم تعدها مصر من قبل ، فضلا عن الحوافز التي تمنح لهم نظير عملهم في دولة أجنبية ، مما يساعد كثيرا منهم على تكوين مدخرات كبيرة نتيجة انخفاض تكاليف المعيشة في مصر بالمقارنة بمثيلاتها بدولهم الأصلية ، يقومون بتحويلها الى الخارج سواء بالطريق الشرعى أو المخالفة على شكل عملات أجنبية ومصر في أشد الحاجة اليها .

وقد سبقت الإشارة الى أن تراخيص العمل التي صدرت عن وزارة القوى العاملة لا تمثل الا ٤٤٪ من العمالة الأجنبية الحقيقية المتواجدة في مصر حسب نتائج تعداد ١٩٧٦ ، كما أنه من المرجح ألا يكون التعداد قد شمل كل العمالة الأجنبية نظرا لوجود عدد منهم أدرج بياهم في التعداد تحت مسميات أخرى كالسياحة أو الإقامة المؤقتة بفرض التجارة ، وغيرها . من ناحية أخرى فقد ظهرت في الفترة الأخيرة طوائف جديدة لم يعرفها سوق العمل المصرى من قبل مثل المربيات والخادعات والعمال الذين وفدوا بأعداد ملحوظة من دول آسيا تحت ستار السياحة .

هذا بالإضافة الى فئات أخرى متواجدة في مصر من خلال اتفاقيات مع بعض الدول مثل السودان واليونان ، إلى جانب بعض الجنسيات العربية التي سمح لها بالبقاء في مصر لأسباب سياسية مثل الفلسطينيين والسوريين الذين جاؤا أثناء الوحدة أو بعض اللاجئين السياسيين من دول عربية أخرى .

من ذلك يتضح أن الاحصاءات الرسمية لوزارة القوى العاملة لا تمثل في الغالب الا حوالى ثلث قوة العمل الأجنبية الحقيقية التي يمكن تقديرها حاليا بحوالى ٦٠ ألف عامل .

الآثار الاجتماعية : وتخلص أهم مظاهرها فيما يأتى :

- تمثل سلوكيات العمل - بالنسبة للأجانب سواء احترام العمل أو الالتزام بالنظم واللوائح أو حسن الاداء - مبدأ هاما ، وقد أعطت هذه

السلوكيات للمصريين العاملين معهم المثل والقنوة الطيبة مما أكسبهم ثقة هؤلاء الأجانب .

- وعلى الجانب السلبي نجد عادات وتقاليدهم لبعض أنواع العمالة الأجنبية وبالذات العمالة الآسيوية مخالفة لخصائص المجتمع المصري ، مما أنتج تأثيرات اجتماعية مخالفة لمجتمعنا وعلى سبيل المثال الاضرار المتوقعة نتيجة استقدام مرييات أطفال من آسيا .

- التأثير على الأجور وأنماط الاستهلاك : الى جانب العاملين الأجانب في الشركات والبنوك الأجنبية أو المختلطة فقد حرصت هذه المؤسسات على اختيار أحسن عناصر القوى العاملة المصرية ذات التأهيل العالي والانتاجية المتميزة وفي سبيل ذلك منحهم بسخاء أجورا عالية حتى تجذبهم وتضمن استمرارهم في العمل واستبعاد فكرة السفر الى الدول البترولية .

وقد أدى ارتفاع هذه الأجور الى خلق جو من عدم الاستقرار بين القوى العاملة في القطاعات المحلية وعدم الرضا عن الأجور المنخفضة في الحكومة والقطاع العام بوجه خاص الأمر الذي أدى الى بحثهم الدائب عن وظائف خارجها ، وأصبحت الدولة مصيدة للعمالة ذات الانتاج المنخفض أو ذات التخصصية غير المطلوبة ، كما ازدادت نسبة العمالة النسائية بها بطريقة غير متوازنة ، وأصبح مفهوم العمل الحكومي ان مجرد قضاء وقت يشوبه التبرم ، استعدادا لعمل شاق اضافي في مكان آخر بعد الظهر ، وتفشى بين العاملين روح عدم الانتماء ، واقتعال كل مامن شأنه أن يعفيهم من العمل أو التواجد في مكانه .

ومن جهة أخرى فان ارتفاع مرتبات الأجانب ومن يعملون معهم من المصريين قد ساعد على خلق أنماط جديدة من الاستهلاك الترفي لفئة معينة مما أدى الى محاولة الآخرين تقليدهم بأي وسيلة . وقد شكل ذلك عبئا كبيرا على ميزان المدفوعات حيث ساعد نظام الاستيراد بدون تحويل عملة والذي أُلغى أخيرا على توسيع الفجوة بين اجمالي تكاليف

الاستيراد وعائد التصدير .

العمالة الأجنبية بالمنطقة العربية

كان للتطور السريع الذي شهدته منطقة الخليج العربي ، في النصف الثاني من القرن الحالي ، أثره الكبير في تغيير نواحي الحياة في المنطقة ، من جوانبها السياسية والاقتصادية والاجتماعية .

فقد شهدت المنطقة خلال سنوات متلاحقة ارتفاعا سريعا في معدلات النمو الصناعي والتجاري ، تطابق مع نمو قوة العمل ، وسعى هذه القوة للملاحقة الواقع الاجتماعي والاقتصادي الجديد الذي شهدته المنطقة التي أصبحت أكبر منطقة في انتاج وتصدير وتخزين النفط في العالم .

ولعل مشكلة العمل والعمالة التي تدير كافة أوجه هذا التطور كانت من أعظم التحديات والمشاكل التي واجهت المنطقة ، حيث انها بالأصل تعاني ، شأنها شأن مثيلاتها من الدول النامية ، من انخفاض نسبة قوة العمل الى مجموع السكان .

ورغم اتساع المساحة الكلية لمنطقة الخليج العربي وتعدد دولها فان حجم سكانها لا يتجاوز المليونين .

لذلك فان تدفق الأيدي العاملة الوافدة - بأعداد هائلة تحمل ثقافات متباينة وأفكارا وأنماط سلوك غريبة عن دول المنطقة - أدى الى ظهور مشكلة كبرى في طرق تنظيم تواجد هذه العمالة . ولابد من الاعتراف هنا بأن ظاهرة تدفق العمالة الأجنبية وخاصة الآسيوية منها ليست بالجديدة ، اذ واكبت الاستعمار طيلة تواجده في المنطقة .

العمالة الآسيوية :

وقد صارت قضية العمالة الآسيوية في الخليج العربي الآن ، في مقدمة القضايا التي تشغل اهتمام الرأي العام والمسؤولين على الصعيدين الشعبي والرسمي وتحظى باهتمام ودراسة العديد من الأجهزة السياسية والاقتصادية والعلمية في الدول العربية الأخرى . كما أن المنظمات الدولية المتخصصة توليها رعاية كبيرة لأسباب عديدة حضارية

اقتصادية وإنسانية .

والأهمية القضية على الصعيد العربي فإن الحديث عن العمالة الآسيوية قد اكتسب بعداً استثنائياً لطبيعة ظروف المنطقة وعدد سكانها للثروات الباطنة في أرضها وتحت مياهها ولوقعها الاستراتيجي في منطقة المواصلات والاتصالات العالمية والأطماع الأجنبية في أرضها ثرواتها من قبل دول وتكتلات عديدة قريبة من المنطقة أو بعيدة عنها . وقد قدرت إحدى الدراسات حجم العمالة الآسيوية في المنطقة عام ١٩٧ بنحو ٢٦٢٧٧٢ شخص بنسبة ٤٢٪ من قوة العمل الموجودة بها بافتراض ثبات معدلات النمو فإن هذه العمالة قد وصلت في أوائل ثمانينات إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف هذا الرقم .

وتشير آخر الإحصاءات إلى أن حجم العمالة الآسيوية في المنطقة زيد في الوقت الحاضر عن المليونين ونصف المليون ، منهم حوالي ٢٠٠٠ كوري جنوبي .

أسباب تزايدها : ويرجع تزايد حجم العمالة الآسيوية إلى مجموعة من الأسباب في مقدمتها :

- سيادة القطاع الخاص في معظم الاقتصاديات باعتباره المسيطر على الأنشطة التجارية والاقتصادية وبعض الصناعات الخفيفة (التحويلية) .

- قدرة العمالة الآسيوية وخاصة الهندية والباكستانية ، على العيش تحت أية ظروف عمل ، وبأي أجر نتيجة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في مواطنها الأصلية .

- قصور سوق العمل المحلي لدول المنطقة التي حصلت على استقلالها في أوائل السبعينات ، فقد حرص المستعمر من قبل على عدم تاحة الفرصة أمام خلق مجالات التعليم والتدريب اللازمة لتكوين قوى عاملة منتجة .

- عدم تنظيم استخدام العمالة العربية ، بشكل صريح وواضح إلى جانب وضع القيود في عدة مناطق .

- وجود وكالات عالمية لتوريد العمالة الآسيوية على درجة عالية من الكفاءة والتنظيم .

- ان العمالة العربية ، رغم ماوصلت اليه من مستويات تحمد عليها ،

الا أنها لم تصل بعد إلى المستوى الذي يؤهلها لإدارة عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصناعية بالشكل المطلوب في دول المنطقة .

- أن الاتفاقات العربية ، الخاصة باستخدام الأيدي العاملة العربية وتنظيم انتقالها ، لم تجد سبيلها إلى التنفيذ لعدة اعتبارات ، وقد شجع ذلك على استيراد العمالة الآسيوية دون أية قيود .

نسب توزيعها : ويلاحظ أن العمالة الآسيوية الوافدة تتركز بشكل كبير في قطاع الخدمات الانشائية أو العمرانية كما يلاحظ تركزها في الجنسيات الهندية ، والسيلانية والباكستانية والكورية الجنوبية ، والفلبينية ، والتايلاندية ، واليابانية .

وتتفاوت نسب حجم العمالة الآسيوية بين دولة وأخرى ، فبينما تبلغ أقصى ارتفاع لها في دولة الامارات ، نجدتها تنخفض انخفاضاً ملحوظاً في العراق الذي يسمح بدخول العمال العرب بدون تأشيرة دخول ويعاملهم معاملة العراقيين ، مما يساعد على تدفق العمالة المصرية على العراق أما في الكويت فتبلغ نسبة الآسيويين ٥٥٪ من اجمالي تصاريح العمل . كما تقارب نسبتهم في السعودية النسبة في الكويت ، بالإضافة إلى أعداد كبيرة منهم دخلت السعودية بطرق غير مشروعة وتقوم السلطات السعودية بترحيلهم فور اكتشاف أمرهم .

وتقدر نسبة العمالة الآسيوية في قطر بحوالي ٦٥٪ ، وقد أبرمت مصر وقطر عام ١٩٧٤ اتفاقية لتبادل الأيدي العاملة كانت نتيجتها أن أصبحت الجالية المصرية هي أكبر جالية عربية في قطر ١٦٣٤٤ عاملاً يمثلون ١٢.٤٪ من اجمالي قوة العمل ، و ١٥.٢٪ من قوة العمل الوافدة . وتأتي مصر في المرتبة الثالثة من حيث حجم قوة العمل المستخدمة في قطر بعد الهند ٢٠٨٠١ ، وإيران ١٨٣٧٣ - وإن كانت الجالية المصرية هي أكبر جالية حيث يمثل العاملون وأسرهم حوالي ٣٢ ألفاً - مع الأخذ في الاعتبار أن العمالة الآسيوية تضم في مجموعها ٩٠٠٠ عامل من خدم المنازل .

مخاطرها : وتتمثل في عدة جوانب أهمها :

- أن الاعتماد الكبير على هذه الأيدي العاملة وباعداها الحالية ، يساهم في تحقيق ظاهرة الازدواجية السكانية والثقافية ، وسيشكل هؤلاء الوافدون مشكلة على المدى القريب من حيث كونهم أغلبية ، وخاصة

أن حجم توافد هذه العمالة يفوق أحيانا حجم الاحتياجات لسوق العمل بأى دولة خليجية . ولعل أعظم تهديد من هذا الجانب يتمثل فى إضعاف العنصر العربى فى دول المنطقة نتيجة تحويل العرب الى أقلية فى وطنهم ، سواء من حيث الحجم السكانى أو حجم السيطرة على النشاط الاقتصادى .

ففى دولة الامارات - حسب تقدير عام ١٩٧٥ - بلغ حجم السكان الاصليين ١٥٧ ألفا والوافدين ٤١١ ألفا وفى السعودية بلغ عدد الوافدين ٢,٢٣٥,٠٠٠ بينما بلغ السكان الاصليون ما بين ٤ و ٦ ملايين مع احتمالات ماطراً على هذه التقديرات من تغيرات كبيرة . وهكذا نجد أن هؤلاء الوافدين يشكلون جاليات كبيرة العدد ، تصبح على مرور الأيام قوة عديدة متماسكة يصعب تحريكها .

- وتظهر المخاطر الاجتماعية ، الناتجة عن تزايد حجم العمالة الآسيوية ، واضحة فى انتشار أنواع غريبة من الجرائم والانحرافات السلوكية والأخلاقية . كما تثير مشكلة ارتفاع نسبة غير المتزوجين بين العمال الأجانب الكثير من الصعوبات والمتاعب ، تنعكس آثارها على السلوك الاجتماعى والاقتصادى للأفراد ، وتحدث تخلخلا فى المجتمع نتيجة التأثير فى الكثير من العادات والقيم الاجتماعية .

- يشكل تعدد الجنسيات - التى يبلغ عددها ٣٥ جنسية ذات ثقافات وقيم وتقاليد وأديان مختلفة - حالة من التناقض الاجتماعى والثقافى ، وفقدان التجانس والوحدة والتماسك ، مما يؤثر على الانتماء الوطنى والعربى .

- تميل بعض الجنسيات الفقيرة ، كالهندية والباكستانية ، الى التواجد فى أحياء تناسب مستواها المعيشى ، مما يؤدى الى تفشى أنواع معينة من الأمراض الصحية والاجتماعية . كما يلجأ البعض ، تحت تأثير الظروف الى العمل فى أكثر من مهنة أو أكثر من تخصص مما قد يقطع الطريق أمام أبناء الوطن العربى فى العيش والكسب .

أثرها على العمالة المصرية :

ويمكن تتبع هذا الأثر على النحو الآتى :

١- كانت حركة الوافدين العرب الى دول الخليج عام ٧٥ تمثل حوالى ٧٠٪ من جملة الوافدين عموماً . ومن بين الوافدين العرب كان

مواطنو الأردن وفلسطين يقترب عددهم من ٥٠٪ ، يليهم المصريون حوالى ١٥٪ ، ثم العراقيون حوالى ١٠٪ .

٢ - وإذا أخذ الكويت كمثال لتصور حركة - العمالة الوافدة ، نجد أن المصريين يحتلون منذ سنوات مكان الصدارة بين العمالة الوافدة ، سواء العربية أو الأجنبية ثم بدأت أعدادهم تتراجع فى السنوات الأخيرة لظهور المنافسة الآسيوية وتدفعها بأعداد كبيرة عاما بعد عام ، خاصة العمالة الوافدة من الهند وباكستان وبنجلاديش بسبب قرب بلادهم الى منطقة الخليج ، وقبولهم أجورا أقل وتماثل الظروف المناخية ، الى جانب الماهم باللغة الانجليزية ، وهو عنصر تفضيل للعمل بالشركات الأجنبية ، ومنها شركات آسيوية تقوم بتنفيذ مشروعاتها (تسليم مفتاح) وعادة ما تتضمن شروط العقد عند تنفيذها لهذه المشروعات أن تستجلب بمعرفتها العمالة التى تحتاجها ، والتى تكون غالبيتها من عمالة الدول التى تحمل جنسيتها .

أ - بلغت جملة العمالة الوافدة الى الكويت ، عام ٨٣ ، حوالى ٨٦ ألف عامل ، تمثل العمالة الآسيوية منها ٦٠.٥٪ ، بينما تمثل العمالة العربية ٣٦.٥٪ ، والباقى وقدره ٣٪ يمثل العمالة الوافدة من دول أمريكا وأوروبا .

ومن الأهمية بمكان الإشارة الى أن العمالة الوافدة من الهند وباكستان وبنجلاديش تغطى ثلث حجم العمالة الآسيوية الوافدة خلال عام ١٩٨٣ .

أما العمالة المصرية فقد بلغت ، فى نفس العام ، ٢٩٢٠٢ عامل ، يمثلون ٣٤٪ من إجمالى العمالة الوافدة ، وهى أعلى نسبة وفدت من الدول المصدرة للعمالة ، تليها الهند وباكستان ١٥.١٪ لكل منهما ، ثم بنجلاديش ١٠.٢٪ .

ب - توزيع العمالة الوافدة حسب أقسام النشاط الاقتصادى :

بالنظر الى المجموعات العريضة ، حسب الجهات القادمة منها وتوزيعها داخل الأقسام للنشاط الاقتصادى ، يتبين أن العمالة الآسيوية تفوق العمالة العربية فى جميع الأنشطة الاقتصادية ، باستثناء قطاع التمويل والتأمين والعقارات .

وتتراوح نسبة العمالة الآسيوية داخل الأنشطة الاقتصادية المختلفة

ورغم أن هذا القرار قد أعطى للعمالة الأسيرية ضعف فرص العمل المتاحة للعمالة العربية (وهي في معظم الأحوال عمالة مصرية) إلا أن وجود بعض الشركاء في معظم الشركات بالخليج من الأجانب، وبالذات من الهنود أو الباكستانيين، يمكن من اتخاذ أساليب غير سليمة مع العمالة الأجنبية المستقدمة بدفعهم إلى العودة بأعذار مختلفة، منها عدم الكفاءة أو الانضباط، وبالتالي يتخلصون من العمال المصريين ويستبقون الـ ٧٠٪ من الأسويين. وهكذا تكون النتيجة، سنة بعد أخرى، تعاظم التواجد الآسيوي واضمحلال التواجد المصري.

٤- كان لقطع العلاقات السياسية بين مصر وهذه الدول أثر كبير في انفراد الدول الآسيوية في الاتصال بها وعدم تمكن الدبلوماسية المصرية من القيام بأي اتصال لتحذير الجهات المسئولة من تعاظم خطر العمالة الآسيوية أو التنبيه إلى مايقوم به المديرون الآسيويون من عمليات التصفية المنظمة للعمالة المصرية.

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة بشقيها، ومادار حولها في اجتماع المجلس من مناقشات، وكذلك على ضوء جميع دراسات المجلس بشأن القوى العاملة وهجرتها إلى الخارج، يوصى بمايأتي:

أولاً: في شأن مواجهة آثار العمالة الأجنبية في مصر:

* ربط احتياجات خطة المشروعات الاقتصادية - إلى جانب احتياجات الأسواق الخارجية من القوى العاملة المصرية - بتخطيط التعليم والتدريب، حتى يمكن توفير الاحتياجات الحقيقية ذات الخبرات المطلوبة، وبالتالي تنتهي الحاجة إلى استقدام عمالة أجنبية، ومراجعة ذلك دورياً. مع إخطار الجهات المعنية بإصدار قرارات المنع أو المنع على أسس علمية وواقعية.

* العمل على الحد من التخصصات التي لاحتياجها البلاد، وتضطر الدولة في ظل نظام تعيين الخريجين إلى تعيينهم كعمالة زائدة بالحكومة أو وحدات الحكم المحلي، وفي ذلك أهدار لطاقات الشباب فضلاً عن الخسارة المادية. ويمكن أن يتم هذا الإجراء من خلال إعادة النظر في السياسة التعليمية.

* محاولة الحد من اشتراط إيفاد العاملين في المشروعات التي

٥٢٥

بين ٣٦.٢٪، ٧٣.٧٪ من جملة الوافدين. وتتركز أعلى هذه النسب سفة خاصة في قطاع الخدمات العامة والاجتماعية، وقطاع النقل لتخزين، وقطاع الصناعات التحويلية، وقطاع التشييد والبناء. في ين أن نسبة العمالة العربية داخل الأنشطة الاقتصادية تتراوح ما بين ٢٢٪، ٤٧.٢٪، وتتركز أعلى هذه النسب في قطاع التمويل لتأمين والعقارات ٤٧.٢٪، وقطاع الزراعة والصيد ٤٦.١٪، وقطاع نجارة، والمطاعم ٣١.٧٪.

العمالة المصرية: وإذا نظرنا إلى التوزيع النسبي للعمالة الوافدة، سبب جنسياتهم، داخل كل نشاط اقتصادي، لتبين أن نسبة العمالة مصرية الوافدة إلى الكويت تفوق نسب العمالة الوافدة من جميع جنسيات الأخرى، باستثناء نسبة من يعمل منها داخل قطاع الخدمات عامة الاجتماعية ١٨٪، والتي تتراجع أمام نسبة العمال الوافدين عمل بهذا القطاع من بولة بنجلاديش ٣٤.٨٪. كما تمثل العمالة مصرية في الزراعة أعلى نسبة داخل هذا القطاع، مقارنة بحاملي جنسيات الأخرى ٤٢.٦٪، ثم العاملين بقطاع التمويل والتأمين ٣٦٪، فالعاملين بقطاع التشييد والبناء ٣٥.٤٪، ثم التجارة لمطاعم والفنادق ٤٤.٤٪، والصناعات التحويلية ٣٢.٢٪، والنقل لتخزين ٣٠.١٪.

جـ - الهيكل المهني للعمالة المصرية الوافدة والمهن التي يزيد الطلب ليها: طبقاً للتركيب المهني للعمالة المصرية الوافدة إلى الكويت عام ٨٣ سبب الأقسام الرئيسية للمهن، نجد أن مجموعة عمال الانتاج تضم ٨٣٪ من مجموع العمالة المصرية، في حين أن بقية العمالة الوافدة تتعدى ١٦.٤٪، وتأتي مجموعة القائمين بالأعمال الكتابية في المرتبة الثانية ٥.١١٪ تليها مجموعة أصحاب المهن الفنية والعلمية ٤.٤٪ ثم مجموعة عمال الزراعة ٣.١٪ فمجموعة عمال الخدمات ٢.٥٪ ثم عمال بيع ١.١٪، في حين تأتي مجموعة المديرين التنفيذيين ورجال الأعمال نسبة ٠.١٢٪.

٣- صدر قرار من مجلس التعاون لدول الخليج، باشتراط ألا تقل سبة القوى العاملة العربية بالقطاع الخاص عن ٣٠٪ من مجموع القوى لعمالة المطلوب استقدامها لأي منشأة.

* بذل المزيد من الجهد في مجال التدريب المهني على كثير من المهن المطلوبة في هذه الدول ، كـمهن العزل الحراري وصيانة الأجهزة الكهربائية والتبريد ، وتشغيل الكمبيوتر ، وصيانة الآلات الحاسبة وهي المهن التي يتقنها الآسيويون بمهارة عالية تتيح لهم البقاء والحاجة المستمرة اليهم .

عودة العمالة المصرية من الخارج

أكد العامل المصري - عندما نتاح له ظروف العمل المناسب والمجدي - قدرته على العطاء المتميز ، والعمل الجاد المخلص وقد دفعت هذه الحقيقة العديد من الدول العربية للاستفادة بجهوده ، أيا كان موقعه من هيكل العمالة في تنفيذ خططها الاقتصادية والاجتماعية التي زادت طموحا بعد حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، وماتلاها ، مع تعاظم عائدات البترول .

وقد تدفقت العمالة المصرية على هذه الدول رغبة في رفع مستوى الدخل ، والانتفاع بكثير من المزايا التي تقدمها جذبا للعمالة ، وتحمل المجتمع المصري ، راضيا آثار هجرة العمالة المصرية العلمية والفنية والمهنية ، ادراكا لدوره الزائد واسهامه الحضاري في بناء ورخاء الدول العربية الشقيقة .

ولكن المتغيرات الدولية السياسية والاقتصادية ، وظروف حرب الخليج

تحتاج في تمويلها الى قروض أو منح من أبناء الدولة المانحة للقروض أو المنح ، اكتفاء باستيراد المعدات اللازمة لهذه المشروعات من هذه الدول .
* قيام الأجهزة المعنية بمتابعة تدريب المعاونين المصريين ، الذين يشترط القانون تدريبهم خلال فترة الترخيص للأجنبي بالعمل ، والتأكد من جدية هذا التدريب .

* الاستفادة ما أمكن من القوى البشرية الموجودة بالقوات المسلحة وتدريبها على المهن الفنية المطلوبة ، بعد محو أميتها المهنية ، وتشغيلها في المشروعات العامة لاكتساب المهارات الحرفية ، مما يوفر كوابر العمالة الفنية بصفة مستمرة .

وضع القواعد والضوابط الكفيلة بمنع العمالة الأجنبية التي تدخل البلاد تحت ستار السياحة وتعمل بدون ترخيص .

ثانيا : بشأن مواجهة تدفق العمالة الأجنبية بالمنطقة العربية :

* بذل المزيد من الجهود لمراقبة عملية تصدير القوى العاملة المصرية الى الدول العربية ، أو غيرها بما يكفل اختيار أفضل العناصر كفائة وخلقا ، حتى لا تتضرر الشركات التي تتعاقد معهم بإعادة أفراد منهم بسبب عدم الكفاءة أو الانضباط .

* محاولة الشركات المصرية - وخاصة قطاع التشييد والبناء - الدخول في المناقصات التي تعلن عنها هذه الدول في المشروعات الانشائية ، للحصول على حق القيام بهذه المشروعات ، مع حق استخدام العمال المصريين فقط .

* قيام مكاتب التمثيل العمالي بدور مكثف في الاتصال بأصحاب المؤسسات في البلاد العربية ، لشرح الدور الذي يقوم به المديرون والملاحظون الآسيويون بتصنيفية العمالة المصرية بلامبرر ، ونسخ عقودهم بدعوى عدم الكفاءة أو الانضباط هذا إلى جانب ضرورة الوقوف الى جانب العمال المطرودين ومساعدتهم في الحصول على حقوقهم بمكاتب العمل ، بمختلف الوسائل المشروعة والممكنة .

ومقتضيات أمنه - الى جانب الانخفاض الحاد في أسعار البترول - دفعت كثيرا من الدول العربية الى وقف أو ارجاء أو انقاص مشروعاتها الاقتصادية ، الأمر الذى ترتب عليه بالضرورة انكماش قوى العمل الخارجية بها . وانعكست آثار ذلك على حجم وتشغيل العمالة المصرية بهذه البلاد ، مما يقتضى اتخاذ الاجراءات الكفيلة بمواجهة آثارها ، على أن تؤخذ في الاعتبار - عند معالجة هذه المشكلة - تجربة عودة العمالة المصرية من ليبيا ، منذ وقت قريب .

وقد رصدت المجالس القومية منذ عام ١٩٨٢ - الإرهاصات المبكرة لاحتمالات هذه الأوضاع ، بوجه عام فألحت اليها في دراستها لموضوع هجرة العمالة المصرية الى الخارج ، والذى نشر بتقرير الدورة الرابعة للمجلس .

أولا : حجم العمالة المصرية في البلاد العربية :

وكان تقدير حجم هذه العمالة ، بالخارج ، حينذاك : مليوناً و١٨٤ ألف مشتغل . أما تقديرات عام ١٩٨٤ فتشير تقارير مكاتبنا العمالية في الخارج ، الى أن حجم العمالة المصرية في خمس من الدول العربية كان على النحو الآتي :

| الدولة | حجم العمالة المصرية |
|--------------------------|---------------------|
| العربية السعودية | ٤٠٠٠٠ عامل |
| الكويت | ١٣٦٣٩ عامل |
| الاردن | ١٣٠٠٠ عامل |
| الامارات العربية المتحدة | ٨٣٢٠٣ عامل |
| قطر | ١٦٣٤٤ عامل |
| جملة العمالة المصرية | ٧٦٦٠٨٦ عامل |

وشمل التركيب المهني للعمالة المصرية في هذه الدول : أصحاب المهن العلمية والفنية والمديرين الإداريين ، والقائمين بالأعمال الكتابية ، والمشتغلين بأعمال البيع ، والعاملين بالخدمات ، والعاملين في الزراعة وتربية الحيوان وعمال الانتاج (جدول رقم ١) .

أما العمالة المصرية بالعراق ، فتدل البيانات على أنها تصل الى ٦٢٥ ألف مشتغل وبذلك يكون اجمالى العمالة في الدول الست هو ١٣٩١٠٨٦ مشتغل .

وبالنسبة لدول عربية أخرى مثل : اليمن وليبيا وعمان والجزائر والسودان - فقد تم عمل تقدير لحجم العمالة بها باستخدام بيانات عقود العمل التى وافقت عليها وزارة القوى العاملة ، ومن هذه البيانات اتضح أن الدول الست الأولى حصلت على ٨٨,٤ ٪ من العقود ، في حين أن الدول الأخرى حصلت على ١١,٦ ٪ من هذه العقود وبذلك يمكن تقدير عدد العمالة في الدول العربية الأخرى كما يلي :

$$\frac{1391086 \times 11.6}{88.4} = 182540 \text{ مشتغل}$$

ويكون اجمالى العمالة المصرية في الدول العربية السابقة جميعها ، هو ١٠,٥٧٤ مليون مشتغل .

ثانيا : احتمالات انخفاض حجمها :

كان من الطبيعي أن تؤدى الظروف الاقتصادية والسياسة التى تمر بها البلاد العربية البترولية - الى انخفاض دخل هذه الدول ، ومن ثم التوقف عن مشروعاتها الطموحة ، مما ظهرت نتائجه في إنقاص أعداد العمالة المصرية بهذه البلاد .

أما الدول غير النفطية مثل : الاردن ، عمان ، اليمن الشمالى والجنوبى ، فلم يحدث انخفاض كبير في دخلها ، ورغم ذلك فقد تتأثر ، بصورة غير مباشرة بانخفاض العمالة المستوردة في الدول النفطية ، لاحتمال عودة بعض مواطنيها من هذه الدول ، وقد يؤدى ذلك الى الاستغناء عن العمالة المصرية في الدول غير النفطية أيضا . وبناء على ما تقدم فانه يمكن - اعتبارا من عام ١٩٨٥ - تقدير الانخفاض في العمالة المصرية كمايلي :

بالنسبة للدول العربية النفطية :

وتشمل : العربية السعودية ، والكويت ، وقطر ، والامارات العربية

المتحدة ، والعراق ، وليبيا ، والبحرين التي لا تتجاوز العمالة المصرية المتواجدة بها مقدار ألفي مشغل .

العربية السعودية : وهي من أهم أسواق العمل المصرية ، سواء من حيث حجم العمالة المصرية المتواجدة بها ، أو من حيث قيمة التحويلات المالية الواردة منها . ونتيجة لانخفاض الدخل من البترول فقد حدث انخفاض في الاتفاق الحكومي ، مما أدى الى ارجاء تنفيذ عدد من المشروعات التي كانت مدرجة بالخطة . كما أدى الى سنور تعليمات صريحة الى كافة الأجهزة والمؤسسات الحكومية بضرورة تخفيض العمالة الأجنبية بنسبة ١٠٪ سنوياً . أما بالنسبة للقطاع الخاص السعودي فاحتمالات تأثيره بهذا الخفض غير واردة ، فيما عدا أنشطة القطاع الخاص المرتبطة بالقطاع الحكومي ، فمن المتوقع أن تكون استجابتها إيجابية لهذا الانخفاض . وعلى ذلك فإنه يمكن القول بأن القطاع الخاص على المستوى الإجمالي سيتأثر بنسبة أقل من ١٠٪ وأخذاً بالاحتياط فإنه يمكن اعتبار نسبة ١٠٪ حداً أقصى لإجمالي الانخفاض المتوقع في السعودية للحكومة والقطاع الخاص . كما يحتمل أن يصل الحد الأدنى لهذا الانخفاض الى ٥٪ .

العراق : رغم أن العراق يمثل حالياً مكان الصدارة فيما يختص بحجم العمالة المصرية إلا أن الوضع يختلف من حيث التحويلات ، أما عن توقعات الانخفاض أو الزيادة في أعداد المصريين العاملين هناك ، فإن ظروف العراق تختلف عن ظروف الدول النفطية الأخرى ، نظراً لحالة الحرب التي يمر بها حالياً ، وكثير من العمالة المصرية التي تعمل في العراق لايسهل الاستغناء عنها حالياً ، لأنها تحل محل العمالة العراقية التي تم تجنيدها للعمل في ميدان الحرب . كما أنه في حالة انتهاء الحرب ستبدأ حركة تعمير تقتضي التوسع في استخدام العمالة المستوردة . وتشير الدلائل الى أن انخفاض أسعار البترول ليس هو العامل الحاسم في تحديد العمالة المستوردة في العراق في الوقت الحالي ، وأنه سوف لا يحدث قريباً انخفاض في العمالة المصرية به .

٥٢٨

ومن واقع التقرير السنوي لوزارة القوى العاملة والتدريب ، لعام ١٩٨٤ ، يتضح أن التعاقدات التي تمت الموافقة عليها للعمل في العراق خلال ذلك العام وصلت الى ٢٤٧٩٥ مشغلاً ومن هنا يمكن الافتراض بعدم حدوث انخفاض حاد في العمالة المصرية في العراق .

ليبيا : لا يوجد تقدير دقيق عن حجم العمالة المصرية التي تعمل حالياً في ليبيا لأن أغلبها عمالة متسرية إلا أن أقرب تقدير لهذه العمالة يتراوح ما بين ٤٠ ألفاً ، ٥٠ ألف مشغلاً ، وبناء على بيانات وزارة الداخلية فإن عدد المصريين العائدين في الفترة من أغسطس حتى ١١/٧/١٩٨٥ بلغ حوالي ٢٩٨٤٧ عاملاً بأسرهم .

ويقدر عدد العاملين منهم بحوالي ١٨ ألف عامل ، ولم يتقدم من هذا العدد للتسجيل بوزارة القوى العاملة حتى ١٠/١١/١٩٨٥ سوى حوالي ١٦٠٠ عامل فقط وغالبية هذه العمالة من المدرسين والمحاسبين وعمال الزراعة وحرف البناء .

أما بقية الدول العربية النفطية الأخرى ، فلم تتوافر مؤشرات رقمية عن الانخفاضات المتوقعة للعمالة المصرية بها ، ولما كانت هذه الدول تمر بنفس الظروف التي تمر بها المملكة العربية السعودية ، فيمكن افتراض أن نسبة انخفاض العمالة في هذه الدول ستكون بنفس النسبة بالسعودية ، وهي ١٠٪ كحد أقصى ، و٥٪ كحد أدنى .

بالنسبة للدول العربية غير النفطية :

ليس من المحتمل - من الناحية النظرية - أن تتأثر أسواق هذه الدول بانخفاض عوائد البترول لأن درجة اعتمادها على البترول غير كبيرة . ولكن بعض هذه الدول مثل الأردن والسودان واليمن تستورد عمالة من مصر ، كما أنها في الوقت نفسه تقوم بتصدير عمالة محلية الى أسواق العمل في الدول النفطية ، ولذلك فمن المحتمل في حالة استغناء الدول النفطية عن عمالة هذه الدول غير النفطية - أن تتنافس عمالتها العائدة العمالة المصرية ، فتضطر للعودة الى مصر ، ولعدم وجود بيانات تفصيلية لهذه الظاهرة ، فإنه يمكن الافتراض أن يصل الانخفاض

المتوقع للعمالة المصرية في هذه الدول غير النفطية الى ٥٪ كحد أقصى مقابل ١٠٪ في الدول النفطية ، والى ٢٠.٥٪ كحد أدنى ، مقابل ٥٪ في الدول النفطية .

تقدير انخفاض العمالة :

ويتطابق ماسبق من التقديرات ، فانه يمكن تقدير اجمالى الانخفاض المتوقع فى العمالة المصرية الموجودة فى الاسواق الخارجية - سواء فى الدول النفطية أو الدول غير النفطية - اعتبارا من عام ١٩٨٥ ، على النحو الآتى :

تقديرات الانخفاض فى العمالة المصرية

فى الدول العربية

| مجموعة الدول | حجم العمال المصريين | تقديرات | | تقديرات | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------|-------------|---------|-------|
| | | الحد الأدنى | الحد الأقصى | قيمة | نسبة |
| | | قيمة | نسبة | قيمة | نسبة |
| الدول النفطية (عدا العراق وليبيا) | ٦٣٦٠٨٦ عامل | ١٠٪ | ٦٣٦٠٨ | ٥٪ | ٣١٨٠٤ |
| الدول غير النفطية | ٣١٣٥٤٠ عامل | ٥٪ | ١٥٦٢٧ | ٢٠.٥٪ | ٧٨١٣ |
| اجماليات | ٩٤٩٦٢٦ | - | ٧٩٢٣٥ | - | ٣٩٦١٧ |

أى ان تقدير انخفاض حجم العمالة يتراوح ما بين ٨٠ ألف و ٤٠ مشتغل فى السنة ومتوسط قدره ٦٠ ألف مشتغل فى السنة .

أما بالنسبة لفرص العمل التى يمكن اتاحتها للعمالة العائدة ، فيمكن توزيعها على ضوء التصور الآتى :

- أن حوالى ٢٧٪ من العائدين المتوقعين يعملون فى القطاع الحكومى والقطاع العام ، وعند عودتهم سيتم إلحاقهم بوظائفهم الأصلية ، ويقدر عددهم بحوالى ١٦٢٠٠ عامل .

- أن حوالى ٧٣٪ من العائدين المتوقعين يعملون فى القطاع الخاص ، فى مهن معظمها زراعية وخدمات معارضة ، بالإضافة الى القفلة . ويقدر عددهم بحوالى ٤٢٨٠٠ عامل .

ثالثا : فرص العمل المتاحة :

ورد فى الإطار العام التفصيلى للخطة الخمسية ، للاموام ٨٢/ ١٩٨٣ - ٨٦ / ١٩٨٧ ، أن هذه الخطة تستهدف فتح مجالات عمل جديدة لنحو ٢.١ مليون مشتغل حيث يصل عدد المشتغلين فى الأنشطة الاقتصادية فى عام ١٩٨٧ الى نحو ١٢.٨ مليون مشتغل ، بمتوسط زيادة سنوية فى فرص العمل الجديدة حوالى ٤٢٠ ألف مشتغل . مع زيادة مستهدفة فى فرص العمل فى مجموعة القطاعات السلعية ، بما يستوعب نحو ٥٧.١٪ من اجمالى الفرص المتاحة ، وحوالى ١٨.٢٪ فى قطاعات الخدمات الانتاجية ، والباقى ونسبته حوالى ٢٤.٧٪ . من اجمالى الزيادة المستهدفة فى فرص العمل ، يخصص لقطاعات الخدمات الاجتماعية .

على أن أهم القطاعات التى سوف توفر فرص العمل فى قطاع الزراعة واستصلاح الاراضى ، إذ ستتم فرص العمل بما يتفق مع نمو قوة العمل الاجمالية ، (حوالى ٢.٢٪ فى السنة) ، وكذلك نمو العمالة بنحو ٥.٥٪ سنويا ، نتيجة لزيادة الاستثمارات فى القطاع ، والعمل فى الوقت نفسه على الانتهاء من المشروعات المفتوحة ، بما يفسح المجال للتشغيل السريع للمشروعات التى تبدأ فى الانتاج (جبل رقم ٢) .

هذا واذا كانت الخطة قد راعت ضرورة التوازن وازدياد الطلب على التشييد ، فقد وفرت لهذا القطاع فرص العمل الكفيلة بحل اختناقاته وتطوير ادائه ، والارتفاع بطاقته إلى قدر احتياجات الخطة منه . وبذلك تنمو عمالة هذا القطاع بنحو ٦.٦٪ سنويا .

وجدير بالذكر أن الخدمات الحكومية سوف توفر فرص عمل محدودة اذا قورنت بظروف التوظيف السابقة ، إذ ينتظر الا يزيد ماتستوعبه الحكومة من العمالة عن ٦٤ ألف فرصة عمل فى السنة .

جدول رقم (١)
توزيع العمالة المصرية
في أهم الدول العربية طبقاً لمجموعات المهن

| ٪ | الجملة | ٪ | الأردن | ٪ | الإمارات | ٪ | قطر | ٪ | الكويت | ٪ | السعودية | مجموعات المهن |
|------|--------|------|--------|------|----------|------|-------|------|--------|------|----------|------------------------------------|
| ١٨,٤ | ١٤٠٨٤١ | ٥ | ٦٥٠٠ | ١١,٤ | ٩٥٠٥ | ٩,٥ | ١٥٥٧ | ٢٩,٥ | ٤٠٣٧٩ | ٢٠,٧ | ٨٣٠٠٠ | أصحاب المهن الفنية والطبية |
| ١,٣ | ٩٧٠٥ | ٥ | ٦٥٠٠ | ٠,٩ | ٩٧٨ | ٠,٦ | ١٠١ | ٠,٣ | ٣٩٦ | ٠,٥ | ٢٠٠٠ | المديرون الإداريون ومديرو الأعمال |
| ١٣,١ | ١٠٠٠٠٨ | ١٥ | ١٩٥٠٠ | ٩,٧ | ٨٠٦٣ | ٥,٣ | ٨٥٨ | ١٥,٨ | ٢١٥٨٧ | ١٢,٥ | ٥٠٠٠٠ | القانونيون بالأعمال الكتابية |
| ٤,٦ | ٣٥٧٧٣ | ١٠ | ١٣٠٠٠ | ٣,٠ | ٢٤٨٨ | ٦,٠ | ١٨٤ | ٣,٢ | ٤٣٠١ | ٣,٨ | ١٥٠٠٠ | القانونيون بأعمال البيع |
| ٩,٥ | ٧٣٩٨٧ | ١٠ | ١٣٠٠٠ | ٣٧,١ | ٣٠٨٣٤ | ٢١,٦ | ٣٥٢٨ | ٤,١ | ٥٦٢٥ | ٥,٠ | ٢٠٠٠٠ | العاملون بالخدمات |
| ٨,٤ | ٦٤٠٩٤ | ١٩,٢ | ١٥٠٠٠ | ١,٦ | ١٣٤٣ | ١,٠ | ١٥٧ | ١,٩ | ٢٥١٤ | ٨,٨ | ٣٥٠٠٠ | العاملون في الزراعة وتربية الحيوان |
| ٤٤,٧ | ٣٤٢٥٨٨ | ٣٥,٨ | ٤٦٥٠٠ | ٣٦,٧ | ٢٠١٧٢ | ٥٦,٠ | ٩١٥٩ | ٤٥,٢ | ٦١٧٥٧ | ٤٨,٧ | ١٩٥٠٠٠ | عمال الانتاج ومن الهم |
| ١٠٠ | ٧٦٦٠٨٦ | ١٠٥ | ١٣٠٠٠ | ١٠٠ | ٨٣٢٠٣ | ١٠٠ | ١٦٣٤٤ | ١٠٠ | ١٣٦٥٣٩ | ١٠٠ | ٤٠٠٠٠٠ | الجملة |

جدول رقم (٢)
اجمالى التوظف فى الخطة الخمسية

| القطاعات الاقتصادية | ١٩٨٢/٨١ | ١٩٨٧/٨٦ | فرص العمل الجديدة خلال سنتى الخطة | التوزيع النسبى على القطاعات |
|--------------------------------|----------|----------|---|--------------------------------|
| الزراعة | ٤٢٤٧٥٠٠ | ٤٧٣٨٠٠٠ | ٤٩٠٠٠ | ٪٢٣,٢ |
| التعدين | ٣٩٥٠٠ | ٤٦١٠٠ | ٦٦٠٠ | ٪٠,٣ |
| الصناعات التحويلية | ١٤٢٣٢٠٠ | ١٨٦٣٢٠٠ | ٤٤٠٠٠ | ٪٢٠,٨ |
| البتروول ومنتجاته | ٢٤٥٠٠ | ٢٨١٠٠ | ٣٦٠٠ | ٪٠,٢ |
| الكهرباء | ٦٤٢٠٠ | ٨٠٩٠٠ | ١٦٧٠٠ | ٪٠,٨ |
| التشييد والبناء | ٦٦٤١٠٠ | ٩١٢٠٠٠ | ٢٤٧٩٠٠ | ٪١١,٧ |
| جملة القطاعات السلعية | ٦٤٦٣٠٠٠ | ٧٦٦٨٣٠٠ | ١٢٠٥٣٠٠ | ٪٥٧,١ |
| النقل والمواصلات | ٤٣٣٣٠٠ | ٥٣٨١٠٠ | ١٠٤٨٠٠ | ٪٥,٠ |
| قناة السويس | ١٨٨٠٠ | ٢٠٧٠٠ | ١٩٠٠ | ٪٠,١ |
| التجارة | ١١٠٣٨٠٠ | ١٣٣٢٢٠٠ | ٢٢٨٤٠٠ | ٪١٠,٨ |
| المال | ٧١٩٠٠ | ٨٧٨٠٠ | ١٥٩٠٠ | ٪٠,٧ |
| التأمين | ١٣٦٠٠ | ١٨٠٠٠ | ٤٤٠٠ | ٪٠,٢ |
| السياحة والفنادق | ١٤٠٥٠٠ | ١٧٠٣٠٠ | ٢٩٨٠٠ | ٪١,٤ |
| جملة قطاعات الخدمات الانتاجية | ١٧٨١٩٠٠ | ٢١٦٧١٠٠ | ٣٨٥٢٠٠ | ٪١٨,٢ |
| ملكية العقارات المبنية | ١٧١٣٠٠ | ٢٤٤٨٠٠ | ٧٣٥٠٠ | ٪٣,٥ |
| المرافق العامة | ٦٦٢٠٠ | ٨٥٩٠٠ | ١٩٧٠٠ | ٪٠,٩ |
| خدمات اجتماعية وشخصية | ٨٩٥٦٠٠ | ٩٩٣٥٠٠ | ٩٧٩٠٠ | ٪٤,٦ |
| التأمينات الاجتماعية | ٢٩٥٠٠ | ٣٩٤٠٠ | ٩٩٠٠ | ٪٠,٥ |
| الخدمات الحكومية | ٢٣١٧٤٠٠ | ٢٦٣٧٨٠٠ | ٣٢٠٤٠٠ | ٪١٥,٢ |
| جملة قطاعات الخدمات الاجتماعية | ٣٤٨٠٠٠٠ | ٤٠٠١٤٠٠ | ٥٢١٤٠٠ | ٪٢٤,٧ |
| الاجمالى العام | ١١٧٢٤٩٠٠ | ١٣٨٣٦٨٠٠ | ٢١١١٩٠٠ | ٪١٠٠,٠ |

المصدر : وزارة التخطيط

الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧

تشغيل صغار السن

يتأثر صغار السن بمختلف المتغيرات في سوق العمل ، وفقا للظروف الاقتصادية السائدة ، ونوع النشاط في المجالات الاقتصادية ، وتطور أساليب الانتاج المستخدمة ، الى جانب ما يمكن أن تضيفه بعض التطورات الاجتماعية من انعكاسات في هذا المجال .

ومع أن تشغيل صغار السن قد يسهم بصورة جزئية في زيادة دخل الأسرة ، كما أن تعليم الصغار مهنة أو حرفة مبكرا قد يؤدي بهم الى المزيد من المهارة عندما يكتمل نموهم ، بما يساعد على سد النقص في بعض الحرف التي تأثرت بالمتغيرات الاقتصادية وخاصة هجرة بعض التخصصات المهنية ، الا ان تفشى ظاهرة تشغيل صغار السن ينجم عنه العديد من الآثار السلبية ، خاصة على المدى البعيد ، لأنها تحرمهم من الحصول على القدر المناسب من التعليم والتدريب ، كما أنها تعرضهم لظروف قد لا تتلاءم مع قدراتهم الجسمية بما يترتب عليه كثير من الآثار السيئة على حالتهم الصحية والنفسية ومن هنا يجب بذل المزيد من الجهد للعناية والتنظيم لتشغيلهم ، في اطار التوازن بين متطلبات زيادة الانتاج ، ومتطلبات حمايتهم ، خاصة وأنهم يشكلون شريحة كبيرة من المجتمع .

٥٣٢

الآثار السلبية :

- تتعدد الآثار السلبية لتشغيل صغار السن ، وفيما يلي أبرز هذه الآثار :
- حرمان الأحداث من الحصول على قدر مناسب من التعليم يساعد على تفهم أسرار عملهم ومتابعة ما يحدث في حرفهم ومهنتهم من تطور أو حرمانهم أصلا من التعليم أو ارتداد الكثير منهم الى الأمية .
 - دفع كثير من الأحداث الى العمل في مهن قد لا تتفق مع ميولهم أو قدراتهم .
 - تعرض الحدث لظروف عمل قد لا تتلاءم مع حالته الجسدية أو العقلية مما يؤدي بالتالى الى تأخر نموه العقلي والبدني والثقافي والمهني والسلوكي .
 - هبوط مستوى الانتاج من حيث الكم والكيف ، فكثيرا ما نرى الآن أحداثا يقومون بأعمال تحتاج الى الدقة خاصة في مجالى التشييد والبناء .
 - تعرض الصغار للأمراض البيئية ، ففي البيئات الزراعية مثلا ، يتعرضون للإصابة بالبلهارسيا ، وللآثار الضارة الناجمة عن تعرضهم للمبيدات الحشرية .
 - تفشى بعض العادات الضارة بين هؤلاء الصغار ، كالتدخين وتعاطي المخدرات .
 - تضخم حجم قطاع الخدمات غير الانتاجية ، كمندى السيارات وياثع الجرائد .
- أسباب تفشى الظاهرة :
- ينبىء تفشى أى ظاهرة عن دوافع تزيد من انتشارها ، ويتناسب هذا الانتشار طرديا مع قوة هذه الدوافع وأثارها المادية . ومن ثم فان تفشى ظاهرة تشغيل صغار السن يرجع الى مجموعة دوافع ، يأتى في مقدمتها :
- تطور احتياجات الأسرة ، مما دفع ببعض الأسر الى البحث عما

بالريف ، ومعظمها أنشطة زراعية ، تساعد على دخول الأفراد الصغار في سن مبكرة .

هذا بالإضافة الى عوامل أخرى كالمستوى الاقتصادي والتسرب من التعليم .

ويلاحظ مشاركة الاناث في هذه الظاهرة مشاركة واضحة وكبيرة ، حيث يبلغ عدد الاناث العاملات من ٦ الى أقل من ١٢ سنة ٤٤٤.٦ ألف ، بنسبة ٤٤٪ من اجمالي صغار السن ، وبذلك فان مشاركة الذكور هي ٥٦٪ فقط .

وهذه النسب المثوية للاناث لها دلالتها ، لأن النسبة الخاصة بمشاركة الاناث في قوة العمل على المستوى الاجمالي لا تتعدى ١٩.١٪ .

والمفهوم ، الخاص بصغار السن لا يقتصر على الذين يعملون في أعمار تقل عن ١٢ أى السن القانوني لدخول سوق العمل في بعض المهن ، بل من الممكن أن يمتد هذا السن ليشمل أعمارا أخرى في احتياج الى الرعاية والعناية ، وهذه الاعمار هي ١٢ - ١٣ - ١٤ سنة وبذلك تكون فئة العمر لصغار السن هي أقل من ١٥ سنة وبيانات هذه المجموعة يمكن الحصول عليها باستخدام جدول (١) و (٢) .

وقد بلغ اجمالي العاملين في فئة السن أقل من ١٥ سنة ١,٤٧٣ مليون فرد والبيانات الخاصة بهم واردة في الجدول التالي :

| ريف / حضر | النوع | قوة العمل أقل من ١٥ سنة (بالآلاف) | النسبة المئوية لقوة العمل أقل من ١٥ سنة الى اجمالي قوة العمل |
|-----------|-------|-------------------------------------|--|
| حضر | ذكور | ٢٥٣٦ | ٥.١ |
| | اناث | ١٤٨٧ | ١١.٣ |
| | جملة | ٤٠٢٣ | ٦.٣ |
| ريف | ذكور | ٦٥٧٧ | ١٠.٤ |
| | اناث | ٤١٢٦ | ٢٤.٦ |
| | جملة | ١٠٧٠٣ | ٢٣.٣ |
| جملة | ذكور | ٩١١٣ | ٨.٠ |
| | اناث | ٥٦١٣ | ١٨.٧ |
| | جملة | ١٤٧٢٦ | ١٠.٣ |

٥٣٣

يزيد من قدراتها المالية ، فعمدت الى محاولة استغلال صغار السن لتحقيق هذه الزيادة .

- أن بعض الأنشطة لها سمات خاصة تدفع الى استغلال صغار السن فيها وخاصة اذا كان جزء النشاط الذي يكلف به الصغار بسيطا وغير معقد وعائده كبير نسبيا وأظهر مثال لذلك النشاط الزراعي .

- كما أن خلو طرق ونظم الانتاج من التعقيدات التكنولوجية في بعض الأنشطة ، وخاصة في القطاع الخاص ، شجع على تشغيل الصغار ، وخاصة في الأنشطة التي تعاني من النقص في الايدي العاملة .

- أثر الهجرة الداخلية والخارجية على سوق العمل ، حيث ارتفعت الأجور وندرت العمالة في بعض التخصصات ، مما دفع بالصغار الى سوق العمل .

- التراخي في تنفيذ القوانين وضعف الرقابة وصورتها في أحيان أخرى ، مما فتح المجال لتسرب الصغار الى سوق العمل .

- تزايد السكان وعدم قدرة مؤسسات التعليم على استيعاب هذا التزايد ، وهبوط كفاءة التعليم نتيجة ازدياد الفصول .

حجم الظاهرة :

يشير الجدول رقم (١) الى أن عدد الأفراد الذين يعملون وأعمارهم تتراوح من ٦ سنوات الى أقل من ١٢ سنة يبلغ ١٠.١٤ مليون حسب احصاء مايو ١٩٨٤ .

وبمقارنة حجم هذه الظاهرة بالحجم الاجمالي لقوة العمل يتضح انها تساوي ٧٪ ، في حالة استخدام القوة العاملة على أنها تشمل الأفراد الذين يعملون في العمر من ٦ الى أقل من ١٢ سنة ، ولكنها تساوي ٦.٧٪ في حالة استخدام القوى العاملة التي تبدأ من أقل من ١٢ سنة وكلتا النسبتين تدل على أن العمالة صغيرة السن تشكل نسبة محسوسة من القوى العاملة على المستوى الاجمالي لقوة العمل .

ومعظم هؤلاء الصغار يعملون في المناطق الريفية حيث يوجد ٧٢١.٧ ألف بنسبة ٧١.١٪ من اجمالي عددهم في حين أن الباقي منهم يشكلون ٢٨.٩٪ يعملون بالحضر ويرجع هذا التفاوت الكبير في تواجد هؤلاء الصغار بكل من الريف والحضر ، إلى أن الأنشطة الاقتصادية

والبيانات الواردة في الجدول عن العاملين في الأعمار التي تقل عن ١٥ سنة لاتزال تؤكد الحقائق التي سبق عرضها من حيث :

- ضخامة الظاهرة من حيث الأرقام المطلقة أو النسبية .
- التواجد الكبير لهذه الظاهرة في الريف عن الحضر .
- زيادة مشاركة الاناث في هذه الظاهرة عن مشاركتها في الاجمالي العام لقوة العمل .

تطور حجم الظاهرة :

يشتمل جدول رقم (٢) على سلسلة زمنية مدتها ١١ سنة ، من عام ١٩٧٤ الى عام ١٩٨٤ ، لبيانات كل من المشتغلين الذين يعملون في السن من ٦ سنوات الى أقل من ١٢ سنة ، وكذلك اجمالي قوة العمل بما فيها المجموعة العمرية السابقة (البيانات مأخوذة من الدورات السنوية لبحث القوى العاملة بالعينة) ويلاحظ أن هذه السلسلة لا تشتمل على بيانات عام ١٩٧٦ ، نظرا لعدم اجراء البحث المذكور عن هذه السنة وذلك بمناسبة اجراء التعداد العام للسكان عن عام ١٩٧٦ .

ويلاحظ على هذه البيانات أنه رغم وجود بعض الانخفاض في عدد المشتغلين من صفار السن في أربع سنوات هي ٧٨، ٧٩، ٨١، ٨٢ - الا أن الاتجاه العام لبيانات هذه المجموعة العمرية هو الارتفاع التدريجي وخاصة في السنتين الأخيرتين ٨٢، ٨٤ حيث ارتفع عدد المشتغلين في المجموعة من ٤٤٢.٢ ألف عام ٨٢، الى ٧٧٥.٨ ألف عام ٨٣ أي بزيادة نسبتها ٧٥٪ ، كما أن العدد حقق أيضا زيادة قدرها ٣٠٪ في عام ٨٤ ، بالقياس الى عام ٨٢ . كما أن الحجم النسبي أي نسبة المشتغلين الى اجمالي قوة العمل ، قد حقق زيادة في جميع السنوات ما عدا السنوات الأربع التي سبق الإشارة إليها .

وقد بلغت النسبة في العامين الاخيرين ٥.٦٪ في عام ٨٣ ، و ٧٪ في عام ١٩٨٤ .

٥٣٤

مقارنة حجم الظاهرة في مصر بالحجم في بعض الدول الأخرى :

يتضمن الكتاب السنوي عن عام ٨٤ لاحصاءات العمل ، الذي تصدره منظمة العمل الدولية في جنيف - البيانات المتاحة عن كل دولة في هذا المجال .

ويضم الجدول رقم (٤) - المأخوذ من المصدر السابق - مجموعتين من الدول :

مجموعة مكونة من دول مازالت في مرحلة النمو وهي : مصر ، بنجلاديش ، الباكستان ، الهند ، أندونيسيا ، سوريا . ومجموعة مكونة من دول أوروبية هي إيطاليا ، اليونان ، المجر ، رومانيا ، وهي دول قطعت شوطا كبيرا من مرحلة النمو والتقدم . هذا علما بأن الدول الأوروبية الأخرى التي لم ترد بالجدول لم تظهر لها بيانات في هذه المجموعة العمرية في المرجع المشار اليه .

ورغم التسليم بأن المقارنات الدولية لها محاذيرها الا أنه يمكن التوصل الى المؤشرات العامة عن وجود الظاهرة بصورة متفاوتة في الدول الواردة بالجدول . كما انها أكثر وضوحا في حالة الدول النامية وتظهر أعلى نسبة في بنجلاديش (١٩.٦٪) ثم مصر (١٠.٣٪) ثم الباكستان (٩.١٪) .

ويستفاد من الجدول أن حجم الظاهرة في الدول الأوروبية صغير للغاية أي أقل من ١٪ فيما عدا إيطاليا حيث بلغت النسبة ٧.٠٪ وهي نسبة كبيرة اذا قورنت بالدول الأوروبية الأخرى الواردة بالجدول .

الجانب التشريعي لتنظيم تشغيل الأحداث :

أولا : الاتفاقيات الدولية :

اهتمت الاتفاقيات الدولية منذ عام ١٩١٩ ، بتنظيم تشغيل الأحداث ، وتحديد الحد الأدنى للسن التي يجوز فيها تشغيلهم ، وهذه الاتفاقيات هي :

والأعمال الصعبة (١٨ سنة) والأعمال الخفيفة بشرط المواظبة على استكمال التعليم أو التدريب (أقل من ١٥ سنة) .

ثانيا : الشريع المصرى :

مما لاشك فيه أن الحدث بطبعه وطبيعته وبسنه وبقدرته فى حاجة الى حماية تشريعية تقتضيها النظرة الانسانية والاجتماعية والاقتصادية .

ولما كانت الاتفاقيات الدولية قد عنيت منذ عام ١٩١٩ بتنظيم تشغيل الأحداث - كما تبين فيما سلف - فانه تمشيا مع هذا الاتجاه الدولى حرص المشرع المصرى ، ومنذ سنوات طويلة ، على حماية الحدث ، واحاطته بسياسات من المبادئ القانونية التى تستهدف وضع حد أدنى لسن الحدث بحيث لايجوز تشغيله أو تدريبه قبل بلوغه هذه السن ، كما تدرج بالارتفاع بهذا السن تبعاً لمدى مخاطرة ومشقة الأعمال التى قد يقوم بها فممنع تشغيلهم اذا قلت السن عن ١٥ سنة فى مهن وصناعات معينة ، كما حظر تشغيلهم اذا قلت سنهم عن ١٥ سنة فى مهن وصناعات أخرى واضعاً ضمانات الكشف الطبى الدورى عليهم وتقديم الطعام المناسب لهم ، وتحديد أقصى ساعات عمل لهم فى اليوم بست ساعات تتخللها فترة أو أكثر لتناول الطعام والراحة لا تقل فى مجموعها عن ساعة وبحيث لا يعمل الحدث أكثر من ٤ ساعات متصلة .

وفرض القانون عقوبات مالية على صاحب العمل الذى يخالف هذه الأحكام تتعدد حسب عدد العمال الذين حدثت بشأنهم المخالفات .

ونصت المادة ١٤٣ من قانون العمل الصادر بالقانون ١٢٧ لسنة ١٩٨١ على أن .

« يعتبر حدثاً فى تطبيق أحكام هذا الفصل الصبية من الاناث والذكور البالغين اثنتى عشرة سنة كاملة وحتى سبع عشرة سنة كاملة . ويلتزم كل صاحب عمل يستخدم حدثاً دون سن السادسة عشرة بمنحه بطاقة تثبت أنه يعمل لديه وتلصق عليها صورة الحدث وتعتمد من مكتب

٥٣٥

١- الاتفاقية رقم ٥ لسنة ١٩١٩ بشأن الحد الأدنى لسن الذى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى الأعمال الصناعية (١٤ سنة) .

٢- الاتفاقية رقم ٧ لسنة ١٩٢٠ بشأن الحد الأدنى لسن الذى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى العمل البحرى (١٤ سنة) .

٣- الاتفاقية رقم ١٠ لسنة ١٩٢١ بشأن الحد الأدنى لسن الأحداث فى الزراعة (١٤ سنة) .

٤- الاتفاقية رقم ١٥ لسنة ١٩٢١ بشأن تحديد السن الأدنى التى يجوز فيها تشغيل الشباب وقادين أو مساعدين وقادين (عشجى) (١٨ سنة) .

٥- الاتفاقية رقم ١٦ لسنة ١٩٢١ بشأن الفحص الطبى الاجبارى للأحداث والشباب الذين يشتغلون على ظهر السفن (١٨ سنة) .

٦- الاتفاقية رقم ٣٣ لسنة ١٩٣٢ بشأن الحد الأدنى لسن قبول الأحداث فى الأعمال غير الصناعية (١٤ سنة) .

٧- الاتفاقية رقم ٥٨ لسنة ١٩٣٦ (معدلة) بشأن تحديد السن الأدنى لاشتغال الأحداث بالملاحة البحرية (١٥ سنة) .

٨- الاتفاقية رقم ٥٩ لسنة ١٩٣٧ (معدلة) بشأن الحد الأدنى لسن الذى يجوز فيها تشغيل الأحداث فى الصناعة (١٥ سنة) .

٩- الاتفاقية رقم ٦٠ لسنة ١٩٣٧ (معدلة) بشأن الحد الأدنى لسن قبول الأحداث فى الأعمال غير الصناعية (١٥ سنة) .

١٠- الاتفاقية رقم ١١٢ لسنة ١٩٥٩ بشأن تحديد السن الأدنى لمن يسمح لهم بالعمل كصيادين (١٥ سنة) .

١١- الاتفاقية رقم ١٢٣ لسنة ١٩٦٥ والتوصية رقم ١٢٤ لسنة ١٩٦٥ ، بشأن الحد الأدنى لسن الذين يسمح لهم بالعمل تحت الأرض فى المناجم (١٨ سنة) .

١٢- الاتفاقية رقم ١٣٨ لسنة ١٩٧٣ ، والتوصية رقم ١٤٦ لسنة ١٩٧٣ بشأن الحد الأدنى لسن العمل فى جميع القطاعات (١٥ سنة) ،

القوى العاملة المختص وتختتم بخاتمه » .

كما حظرت المادة ١٤٤ تشغيل أو تدريب الصبية قبل بلوغهم اثنتى عشرة سنة كاملة .

والزمت المادة ١٤٥ وزير القوى العاملة اصدار القرارات الخاصة بتشغيل الأحداث والظروف والشروط والأحوال التى يتم فيها التشغيل ، والأعمال والمهن والصناعات التى يعملون فيها وفقا لمراحل السن المختلفة .

وعلى ضوء ذلك وتنفيذا له ، فقد صدر القرار الوزارى رقم ١٢ لسنة ١٩٨٢ بتحديد الأعمال والمهن والصناعات التى لايجوز تشغيل الأحداث فيها اذا قلت سنهم عن ١٥ سنة . كما صدر القرار رقم ١٣ لسنة ١٩٨٢ فى شأن تحديد الأعمال والمهن والصناعات التى لايجوز تشغيل الأحداث فيها اذا قلت سنهم عن ١٧ سنة

وتحديدا لنظام تشغيل الأحداث وتبينانا للظروف والشروط والأحوال التى يتم التشغيل فيها صدر القرار الوزارى رقم ١٤ لسنة ١٩٨٢ بالقواعد التالية :

- لايجوز تشغيل الحدث فى الأعمال والمهن والصناعات التى تحدد لهم الاشتغال بها الا بعد تقديمه شهادة طبية تثبت خلوه من الأمراض وتقرر لياقته الصحية على مزاولة العمل وتستخرج هذه الشهادة من طبيب المنشأة .

- على كل صاحب عمل يستخدم حدثا أن يوقع عليه الكشف الطبى بصفة دورية مرة كل عام على الأقل وذلك للتأكد من خلوه من الأمراض والمحافظة على لياقته الصحية بصفة مستمرة كما يجب توقيع الكشف عليه عند انتهاء خدمته لاثبات حالته .

- على صاحب العمل عند تشغيله لحدث أو أكثر أن يحرر أولا بأول كشفا مبينا به أسماء الأحداث وسنهم وتاريخ استخدامهم وأن يعلق نسخة من هذا الكشف فى مكان بارز بالمنشأة .

٥٣٦

- على صاحب العمل الذى يستخدم حدثا أو أكثر أن يقدم لكل حدث يوميا كوبا من اللبن المبستر بحيث لايقبل وزن اللبن الصافى عن ٢٠٠ جرام .

ومع هذا كله ولزيد من الحماية حتى لايتعرض الحدث للتشغيل لساعات طويلة نصت المادة ١٤٦ على الآتى .

« لايجوز تشغيل الحدث أكثر من ست ساعات فى اليوم ويجب أن تتخلل ساعات العمل فترة أو أكثر لتناول الطعام والراحة لا تقل فى مجموعها عن ساعة واحدة وتحدد هذه الفترة أو الفترات بحيث لايشغل الحدث أكثر من أربع ساعات متصلة .

وفى جميع الأحوال لايجوز تشغيل الحدث فيما بين الساعة مساء والسادسة صباحا » .

وتنظيما لاجراءات التعامل مع الحدث نصت المادة ١٤٨ على :

- أن يعلق فى محل العمل نسخة تحتوى على الأحكام التى يتضمنها هذا الفصل .

- أن يحرر أولا بأول كشفا موضحا به ساعات العمل وفترات الراحة .

- أن تبلغ الجهة الادارية المختصة بأسماء الأحداث الجارى تشغيلهم وأسماء الاشخاص المنوط بهم مراقبة أعمالهم .

وخضوعا لمقتضيات الضرورة ومراعاة لظروف الريف المصرى نصت المادة ١٤٩ على أن « لاتسرى أحكام هذه الفصل على عمال الفلاحة البحتة » .

وفى أغسطس ١٩٨١ صدر القانون رقم ١٣٩ لسنة ١٩٨١ بإصدار قانون التعليم الذى نص فى المادة ١٥ منه على مايتأتى :

« التعليم الأساسى حق لجميع الأطفال المصريين الذين يبلغون السادسة من عمرهم تلتزم الدولة بتوفيره لهم ويلزم الآباء أو أولياء الأمور بتنفيذه وذلك على مدى تسع سنوات دراسية ، ويتولى المحافظون كل فى

دائرة اختصاصه اصدار القرارات اللازمة لتنظيم وتنفيذ الالتزام بالنسبة للآباء وأولياء الأمور على مستوى المحافظة كما يصدر عن القرارات اللازمة لتوزيع الأطفال الملزمين على مدارس التعليم الأساسي في المحافظة ، ويجوز في حالة وجود أماكن التجاوز بالنقص عن ستة أشهر من سن الالتزام مع عدم الإخلال بعدد التلاميذ المقرر للفصل .

ويقتضى الأمر التوقف أمام هذه المادة لايضاح الآتي :

– أن قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ قد صدر في ٦ أغسطس ١٩٨١ .

وأن قانون التعليم رقم ١٣٩ لسنة ١٩٨١ قد صدر في ٩ أغسطس ١٩٨١ ، أي أن القانونين صدرا في نفس الشهر بل في ذات الأسبوع .

– هناك تعارض واضح بين ما نصت عليه المادة ١٤٣ من قانون العمل بإيجازه العمل لمن بلغ اثنتي عشرة سنة كاملة ، وبين المادة ١٦ من قانون التعليم باعتبار مدة الالتزام للتعليم الأساسي حتى سن الخامسة عشرة كاملة .

– برغم أن المادة ١٥ من قانون التعليم جعلت التعليم الأساسي حقا لجميع الملزمين إلا أنها جعلت تنفيذه التزاما تلتزم به الدولة والآباء وأولياء الأمور .

التوصيات

وعلى ضوء الدراسة السابقة ، ومادار في اجتماع المجلس حولها من مناقشات ، يوصى بالآتي :

* تعزيز الجهود المبذولة لضمان تنفيذ أحكام قانون العمل فيما يختص بالمواد المتعلقة بتشغيل الأحداث وحمايتهم ، واتخاذ الاجراءات العملية الكفيلة بالقضاء على ظاهرة تشغيل الأحداث دون سن العمل ، ولضمان توفير اشتراطات السلامة والصحة المهنية ، وذلك بإحكام الرقابة والمتابعة .

* النظر في تعديل التشريع الحالي وذلك على النحو الآتي :

– تشديد العقوبة في حالة مخالفة تنفيذ أحكام قانون العمل فيما

يختص بتشغيل الأحداث والقرارات الصادرة بشأنه .

– رفع الحد الأدنى لسن العمل المنصوص عليه في قانون العمل الصادر بالقانون ١٣٧ لسنة ١٩٨١ ، ليكون ١٥ عاما بدلا من ١٢ حتى يتوافق مع السن السائد للمنتهين من مرحلة التعليم الأساسي وهو ١٥ عاما .

* التوسع في الطاقة الاستيعابية في مرحلة التعليم الأساسي مع توفير الامكانيات التعليمية لاستيعاب جميع الملزمين ، وفق خطة زمنية محددة على مراحل ، وذلك على ضوء توصيات المجلس القومي للتعليم في هذا الشأن ، والتي أكدت على مايتى :

– علاج ظاهرة التسرب من مرحلة التعليم الأساسي بكافة الطرق الممكنة ومنها تطوير المناهج ، وعلاج المشاكل الاجتماعية للطلاب على ضوء نتائج البحوث الاجتماعية التي يجريها الأخصائيون الاجتماعيون بالمدارس .

– الاهتمام بأسلوب التوجيه المهني في مرحلة التعليم الأساسي وذلك بتوجيه الدارسين الى المهن التي تتفق مع ميولهم واستعداداتهم وقدراتهم على أن تكون هذه المهن متلائمة مع متطلبات البيئة واحتياجات أسواق العمل في أماكن هذه المدارس .

– إعداد مدرسي التعليم الأساسي إعدادا علميا وتربويا ، بما يتفق مع أهمية هذه المرحلة لصغار السن وذلك حتى يمكن إيجاد نوع من الرغبة والألفة بين التلميذ والمدرسة ، وحتى يمكن تقليل عدد المتسربين .

* تنظيم حملات للتوعية بالنتائج السلبية لتشغيل صغار السن مع الاهتمام باعداد برامجها وتنظيمها في المناطق وفي الأنشطة الاقتصادية التي يكثر فيها تشغيل الأحداث .

* التأكيد على توصية المجلس القومي للانتاج بشأن تشجيع أصحاب الحرف والورش المختلفة على التوسع في تدريب الصبية في محالهم وورشهم مع مراعاة أحكام القانون . على أن لا يخل تدريب الأحداث منهم بالتزامهم بالالتحاق بالتعليم الأساسي ، كأن يتم التدريب في دورات تعقد أثناء الاجازات الدراسية الصيفية .

جدول (١)
المشتغلون أقل من ١٢ سنة ونسبتهم
الى قوة العمل

| المشتغلون ١١-٦ الى اجمالي قوة العمل ١٢ فاكتر | المشتغلون ١١-٦ الى اجمالي قوة العمل ١٢ فاكتر | المشتغلون من ٦-١١ الى اجمالي قوة العمل ١٢ فاكتر | اجمالي قوة العمل سنوات فاكتر ٦ | مشتغلون (٦) الى أقل من ١٢ سنة | النوع | حضر / ريف |
|--|--|---|--------------------------------|-------------------------------|-------|-----------|
| ٣,٤ % | ٣,٢ % | ٤٨٥٤٦ | ٥٠١٧٧ | ١٦٣١ | ذكور | حضر |
| ١٠,٩ | ٩,٨ | ١١٩٠٨ | ١٣٢٠٣ | ١٢٩٥ | اناث | |
| ٤,٨ | ٤,٦ | ٦٠٤٥٤ | ٦٣٣٨٠ | ٢٩٢٦ | جملة | |
| ٦,٨ | ٦,٤ | ٥٩٤٠١ | ٦٣٤٥٣ | ٤٠٥٢ | ذكور | ريف |
| ٢٣,٣ | ١٨,٩ | ١٣٦١٥ | ١٦٧٨٠ | ٣١٦٥ | اناث | |
| ٩,٩ | ٨,٩ | ٧٣٠٦١ | ٨٠٢٣٣ | ٧٢١٧ | جملة | |
| ٥,٣ | ٥,٠ | ١٠٧٩٤٧ | ١١٣٦٣٠ | ٥٦٨٣ | ذكور | جملة |
| ١٧,٥ | ١٤,٩ | ٢٥٥٢٣ | ٣٩٩٨٣ | ٤٤٦٠ | اناث | |
| ٧,٦ | ٧,٠ | ١٣٣٤٧٠ | ١٤٣٦١٣ | ١٠١٤٣ | جملة | |

* الأرقام بالملئات ماعد النسب المئوية
* المصدر : بحث العمالة بالعينة نتائج دورة مايو ١٩٨٤ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء) .

جدول رقم (٢)
تقدير قوة العمل (١٢ - ٦٤) حسب فئات السن والنوع
حضر / ريف مايو ١٩٨٤

| حضر / ريف | النوع | فئات السن | | | | | | | | جملة |
|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| | | ٦٤-٦٠ | ٥٩-٥٠ | ٤٩-٤٠ | ٣٩-٣٠ | ٢٩-٢٥ | ٢٤-٢٠ | ١٩-١٥ | ١٤-١٢ | |
| حضر | ذكور | ٨٧٥٩ | ٧٨٥٥ | ٧١٦٦ | ١٠٠١٥ | ٦٥٤٧ | ٦٣١٦ | ٦١٦١ | ٩٠٥ | ٤٦٥٢٦ |
| | اناث | ٣١١ | ٦٣٦ | ٧٧٣١ | ٣٦٣٥ | ٨٣١١ | ٧٢٠٢ | ٩٠٢ | ١٩١ | ١١١١١ |
| | جملة | ١٨٧٠ | ٨٣٧٢ | ١٤١١١ | ١٣٦٥٠ | ١٤٣٦٤ | ١٣٤٨٦ | ٤٥١٥٣ | ١٠٩٧ | ٨٤٦٨٥ |
| ريف | ذكور | ٨٠٢٠ | ٧٥٨٧ | ١٤٠٠١ | ٧٨٨٠١ | ٦٣٤٦ | ٦٠٧٠ | ٧٢١٨ | ٢٥٢٥ | ٥٥٨٥٥ |
| | اناث | ٣٥٣ | ٣٥٢١ | ١٣١٨ | ٣٤٣٤ | ١٥٠٢ | ١٦٦١ | ٢٠٨٠ | ٩٦٦ | ١٢٤٢٥ |
| | جملة | ٢٠٦٠ | ١١١٠٦ | ١٥٣١٩ | ٨٣١٣١ | ١٠٨٤٨ | ٨٧٨٧ | ٩٢١٦ | ٢٤٨٢ | ٦٨٠٧٦ |
| جملة | ذكور | ٤٩٦٤ | ١٦٣٣٥ | ١٩٦٦٩ | ٢٠٧٤٣ | ١٦٧٧١ | ١٣٤٠٩ | ١٠٣٨٠١ | ٢٤٣٠ | ١٠٢٢٠٠ |
| | اناث | ٤٦٦ | ١٨٨٠ | ٣٦٣١ | ٥٠٦٥ | ٣٦٣٩ | ٤٧٢٤ | ٢٩٧١ | ١١٥٣ | ٢٣٥٤٦ |
| | جملة | ٥٤٣٠ | ١٨٢١٥ | ٢٣٣٠٧ | ٢٥٨١٢ | ١٦٥٣٥ | ١٨١٣٣ | ١٣٧٣٠ | ٤٥٨٣ | ١٢٥٧٤٦ |

الارقام بالآلاف
المصدر : بحث العمالة بالعينة نتائج دورة مايو ٨٤ (الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء)

جدول (٣)

المشتغلون أقل من ١٢ سنة ونسبتهم الى قوة
العمل في الفترة من ١٩٧٤ - ١٩٨٤

| السنة | المشتغلون ٦ الى اقل من ١٢ سنة | اجمالي قوة العمل ٦ سنوات فأكثر | النسبة % |
|-------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| ١٩٧٤ | ٢٦٥٤ | ٩٦٧٧٩ | ٢,٧ |
| ١٩٧٥ | ٤٤٤٧ | ١٠٠٨٠٢ | ٤,٤ |
| ١٩٧٧ | ٤٩١٩ | ١٠٤١٥٧ | ٤,٧ |
| ١٩٧٨ | ٤٦٤٠ | ١٠٧٤٣٣ | ٤,٣ |
| ١٩٧٩ | ٣٧٩٠ | ١٠٩٧١١ | ٣,٥ |
| ١٩٨٠ | ٦٠٢٤ | ١١٤٤٢٤ | ٥,٣ |
| ١٩٨١ | ٥٢١٣ | ١١٥٠٧٢ | ٤,٥ |
| ١٩٨٢ | ٤٤٢٢ | ١١٦٣٧٧ | ٣,٨ |
| ١٩٨٣ | ٧٧٥٨ | ١٣٨٤٢٢ | ٥,٦ |
| ١٩٨٤ | ١٠١٤٣ | ١٤٣٦١٣ | ٧,٠ |

الارقام بالmillions ماعدا النسب المئوية

المصدر : بحث العمالة بالعينة البورات من ١٩٧٤ الى سنة ١٩٨٤ الجهاز المركزي للتعينة العامة
والاحصاء

جدول (٤)
المشتغلون أقل من ١٥ سنة وإجمالي قوة العمل
في بعض الدول المختارة

| النسبة المئوية للمشتغلين أقل من ١٥ سنة إلى إجمالي قوة العمل | إجمالي قوة العمل | المشتغلون أقل من ١٥ سنة | التاريخ | الدولة |
|---|------------------|-------------------------|---------|-----------|
| ١٠,٣ | ١٤٣٦١٣٠٠ | ١٤٧٦٠٠ | ٨٤ | مصر |
| ١٩,٦ | ٣٠٨٥٩٦١ | ٦٠٥٧٢٥٦ | ٨١ | بنغلاديش |
| ٥,٦ | ٢٤٤٦٠٤٩٧٩ | ١٣٥٩٣٣٦٦ | ٨١ | الهند |
| ٣,٨ | ٥٢١٥٣٤٥ | ١٩٥٨٨١٥٦ | ٨٠ | اندونيسيا |
| ٩,١ | ٣٧٧٤٠٠٠٠ | ٢٥١٨٠٠ | ٨٤ | باكستان |
| ١,٩ | ٢١١٣٧٦٠ | ٤١١٦٣ | ٨٣ | سوريا |
| ٠,٣ | ٣٧٠٦٦٠٠ | ٩٨٠٠ | ٨٢ | اليونان |
| ٠,٣ | ٥٠٦٨٨٤٠ | ٣١٨٥ | ٨٠ | الجزر |
| ٧,٠ | ٣٢٩٨٢٠٠٠ | ١٦١٩٠٠٠ | ٨٣ | إيطاليا |
| ٠,١ | ١٠٧٩٣٦٠٢ | ٥٦٧٦ | ٧٧ | رومانيا |

المصدر : ١ - الجدول الأول من الكتاب السنوى لإحصاءات العمل الصادر من منطقة العمل الدولية عن عام ١٩٨٤ .
٢ - بيانات مصر مأخوذة من بحث القوى العاملة بالعينة عن عام ١٩٨٤ .

الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨

سياسات التدريب المهني

وتمثل عمل المجالس في عدد كبير من البحوث والدراسات الموسعة من بينها ما يأتي :

- استراتيجية إعداد الفنيين ، وتم انجازها سنة ١٩٧٥ .
- اعداد الفنيين على مستويات العمالة المختلفة ، وتم انجازها سنة ١٩٧٦ .
- التعليم الفني والتدريب التقني وتم انجازها سنة ١٩٧٧ .
- ومنذ بدأ عمل المجلس القومي للخدمات ، تتابع نشاطه في هذا الاتجاه ، فأنجز بشأنه مجموعة من الدراسات يأتي في مقدمتها :
- تخطيط القوى العاملة ودوره في التنمية . وتم انجازها سنة ١٩٨٠ .

- سياسة التدريب الحرفي والمهني . وتم انجازها سنة ١٩٨٢ .
- وقد رأى أن تستكمل هذه الجهود بدراسة مستحدثة ، تأخذ في اعتبارها مائلاً من متغيرات وماجد من بيانات ومعلومات لم تكن متوفرة عند إعداد الدراسات السابقة . ومن ثم أعدت هذه الدراسة التي يخلص موجزها فيما يأتي :
- الانفاق على التدريب : خصصت الخطة الخمسية الأولى مبلغ ٣٠٠ مليون جنيه للانفاق على أنشطة التدريب المختلفة ، بواقع ٥٠ مليون جنيه في العام مضاف إليها احتياطي مقداره ٥٠ مليون جنيه .
- ويبدأ كل قطاع عمل سياسة خاصة به ، بون تنسيق مع باقي القطاعات ، لعدم وجود سياسة قومية للتدريب تلزم بها هذه القطاعات .
- ومن ثم لم يظهر أثر جدي لهذه المبالغ على مستويات التدريب ، وبالتالي على زيادة الانتاج أو تقليل العجز في بعض المهن الحاكمة ، مما أدى الى ارتفاع أجور العمال الحرفيين وزيادة التكاليف بنسبة كبيرة .

الامكانيات الراهنة للتدريب المهني :

تتوفر في البلاد أجهزة متعددة - سواء كانت حكومية أو قطاعاً عاماً أو قطاعاً خاصاً - تعمل في مجالات توفير خدمات تدريبية مختلفة ، لكل منها هدفه الخاص ومن هنا كانت صعوبة إعداد حصر شامل دقيق

الانسان هو العنصر الرئيسي الذي يملك استغلال الموارد الطبيعية ، ولذلك فان تنميته لا يمكن ان تتم بمعزل عن الظروف البيئية والمتغيرات الاجتماعية القائمة والتي تؤثر فيه وتتأثر به . ولما كانت الموارد الطبيعية المستغلة في مصر محدودة ، بينما الموارد الطبيعية البشرية أكثر وفرة ، فمن الضروري ان يكون التركيز على تنميتها واستخدامها ، عن طريق اكسابها القدر المناسب والملائم من المهارات والمعارف لاستغلال الموارد الطبيعية بكفاءة ، وللاستيعاب التكنولوجية الحديثة لتنفيذ خطط التنمية ، ولا يتم ذلك الا بالتعليم والتدريب ، حتى تكون قادرة على العطاء في مختلف الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية . وتكمن أهمية التدريب - الى جانب التعليم - في أنه عملية مكملة تساعد على تهيئة القوى العاملة ، بتخصصاتها ومستوياتها المختلفة ، لمقابلة احتياجات المشروعات ، في الوقت المناسب وبالنوعية المطلوبة .

وقد حظيت جميع هذه الموضوعات بعناية المجالس القومية على مدى دوراتها الماضية ، إذ اهتمت بدراسة مختلف الجوانب الخاصة بقوة العمل في المجتمع المصري ، ودورها في إحداث التنمية الشاملة ، وما تحتاجه لتحقيق هذا الهدف من تعليم وإعداد وتدريب .

لامكانات التدريب المهني . وقد أجريت محاولات لحصر هذه الامكانات بمعرفة الجهاز المركزي للتنظيم والادارة ، والجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء . غير أن أقرب المحاولات الى ايجاد حصر بامكانات التدريب المهني المتاحة ، هي المحاولة التي قامت بها وزارة القوى العاملة والتي تضمنت بيانات تفصيلية مجمعة عن : وحدات التدريب المهني التي أمكن حصرها بالحكومة والقطاع العام والقطاع الخاص وامكاناتها من حيث التجهيزات والمعدات ، وعدد المدربين والسعة الاستيعابية لمراكز التدريب ، ومستوى التدريب بعد التخرج .

وتخلص دراسة الجداول التفصيلية لهذه الدراسة فيما يأتي :

- أن المراكز التخصصية تضمنت معظم الوحدات التدريبية التي تتبع الشئون الاجتماعية ، وعددها ١١٠ من مراكز التكوين المهني ومشغل وجمعيات خدمة المجتمع . وهذا يغير كثيرا من مفهوم المركز التخصصي من الوجهة الفنية وينطبق نفس الشيء على مراكز الادارة المحلية ، وعددها ٢٥ مركزا ، ومراكز الشباب وعددها ١١ مركزا ، وكذلك مراكز المدربين تعتبر مستوى آخر غير مستوى العامل الماهر ، ولا يجب أن تحصر معه . أما أماكن التدريب الأخرى فقد عرفها التقرير بأن معظمها مدارس صناعية تزاوّل برامج تدريبية علاوة على عملها الأصلي . وبصفة عامة يظهر بجلاء أن القطاع الحكومي يتبعه نحو ٦٠,٥ ٪ من إجمالي وحدات التدريب ويتقاسم القطاع العام والقطاع الخاص النسبة الباقية ، تقريبا ، من حيث العدد في الوحدات وليس من حيث السعة أو المتدربين . لأن القطاع العام يستوعب حوالي ثلاثة أمثال ما تستوعبه وحدات القطاع الخاص التدريبية .

كما يلاحظ أن هذه الاحصائيات - وهي الخاصة بعام ١٩٨٤ / ١٩٨٥ - لا تمثل واقع الحال عام ١٩٨٧ ، حيث زاد عدد مراكز التدريب المهني بجهاز التشييد والبناء من ٢٧ مركزا الى ٤٤ مركزا ، كما بدأ العمل في بعض مراكز التدريب الجديدة بوزارة الصناعة . أما بالنسبة للمشروعات الجارية تنفيذها ، والتي تضمنتها خطة الدولة الخمسية ١٩٨٢

/ ١٩٨٧ ، فلم يتضمنها الحصر ولم يشير اليها ، وهي طاقات استيعابية كبيرة ، خاصة بالنسبة لقطاع الصناعة (مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني) .

- أن القطاع الحكومي - يشكل ٦٦ ٪ من اجمالي السعة الاستيعابية يليه القطاع العام بنسبة ٢٥ ٪ ، ثم القطاع الخاص بنسبة ١ ٪ ، وأن اجمالي سعة الاستيعاب سنويا بلغ ٧٥٣٦٨ متدربا . كما يلاحظ أن نسبة الاشغال لا تزيد على ٧٦ ٪ بصفة عامة .

وهذه المؤشرات العامة تعطي بعض الثقة بالتدريب في القطاع الحكومي ولكن الملفت للنظر هو موقف القطاع العام الذي تبلغ نسبة الاشغال به ٧٥ ٪ فقط ومن ثم يجب دراسة أسباب عدم الاستيعاب الكامل ، وما اذا كانت احتياجات سوق العمل من المتدربين أقل من السعة الموجودة ، وبالتالي نتجه للحد من قيام مشروعات جديدة للتدريب ، أم أن هناك أسبابا أخرى .

- أن أكبر أجهزة التدريب في مصر - على مستوى الوزارات - هو الموجود بقطاع الصناعة ، إذ يستوعب ٥٢ ٪ من اجمالي المتدربين . بالنسبة للتدريب على مستوى العامل الماهر يستوعب ٧٠ ٪ من اجمالي الاستيعاب يليه على مستوى الجمهورية جهاز التدريب للتشييد والبناء ، ويستوعب نحو ١٣,٥ ٪ ثم الانتاج الحربي ويستوعب نحو ٧,٦ ٪ .

وفي حين أن الوزارة التي يتبعها أكبر عدد من وحدات التدريب هي وزارة الشئون الاجتماعية - التي يتبعها نحو ١٣٢ وحدة تدريب حكومية أو القطاع الخاص - إلا أنها تستوعب فقط ٥,٤ ٪ من اجمالي المتدربين .

- أن عدد المدربين المفروض تواجدهم - في وحدات التدريب التي تم حصرها - يبلغ نحو ٧٦٧٥ مدربا ، ولكن يوجد منهم ٦٧٤١ مدربا بعجز قدره ١٢,٢ ٪ وتزيد نسبة العجز في مراكز التدريب التي تعد العامل الماهر لتبلغ ١٤,٢ ٪ .

- أن الجهات المتخصصة في التدريب ، والتي تعد مدربيها بالاسلوب

اهتمام أقل بالناحية العملية التطبيقية ، اذ تتوفر فرص تدريب ضئيلة بمواقع العمل وفى الأجازات الصيفية .

ويهدف التعليم الفنى الى إعداد فنيين على مستوى أعلى من العمال المهرة أما برامجه فهى بطيئة التغيير ، وبالتالي لاتواكب عادة التطور السريع . ومدة الدراسة به لاتقل عن ثلاث سنوات دراسية ، وقد تزيد الى خمس سنوات .

أما التدريب المهنى : فيمكن أن يكون للامى ، كما يخدم كافة المستويات التعليمية ، فهو وسيلة تلازم الفرد أطول مدة من سنى حياته وانتاجه ، وقد يبدأ من سن السادسة ويستمر الى نهاية عمر المتدرب . وعادة يبدأ التدريب بمجرد انتهاء فترة التعليم الأساسى ودخول الفرد الى سوق العمل .

وقد يكون التدريب هو المدخل لإعداد الفرد عمليا للعمل ، وتزويده فنيا بالمعلومات والمهارات المطلوبة لمهنة معينة قبل مزاولتها . وقد يحصل المتدرب نظير ذلك على شهادة معترف بها ، اذا كان اساسه العلمى يسمح بذلك كما فى نظام التلمذة الصناعية بعد الدراسة الاعدادية . وفى مواجهة التطورات الحديثة - فى الأساليب والنظم والمعدات والأعمال والمسئوليات - يتأكد أن التدريب المهنى هو الأسلوب المناسب لمواجهة هذه المواقف ، وإعداد البرامج المناسبة لكل منها .

وفيما يختص بسياسات التلميم الفنى وارتباطها بالتدريب المهنى ، والمشكلات التى تعمق تطوره فإنها تتلخص فى النقاط التالية :

التخطيط : ان ربط التعليم الفنى والتدريبى بسياسات خطة التنمية للدولة انما يعتمد اساسا على البيانات الاحصائية ، لرسم سياسات القبول وتحديد نوعية المناهج ، وذلك لإيجاد التوازن بين العرض والطلب بشرط دقة الاحصائيات ، وهذا غير متوفر حاليا بالدقة الواجبة .

التنسيق بين التعليم الفنى والتدريب المهنى : التعليم الفنى ليس المجال الوحيد لتخريج العمالة الفنية على مستوى الدولة ، ولكن هناك جهات أخرى - من الحكومة والقطاع العام وكذلك القطاع الخاص -

العلمى السليم ، هى أكثر الجهات التى تعاني من العجز فى إعدادهم ، وقد ترتب على هذا العجز زيادة عدد المتدربين لكل مدرب ، فارتفعت الى نحو ٢٨ متدربا لكل مدرب فى مصلحة الكفاية الانتاجية ، والى نحو ١٧ متدربا فى جهاز التدريب للتشييد والبناء . مما يقلل كثيرا من مستوى التدريب والمتدربين .

مقومات مراكز التدريب :

يتضمن التدريب المهنى فى مصر صورا متعددة منها : تدريب المبتدئين ، والتدريب بمواقع العمل ، والتدريب السريع ، والتدريب المستمر ، والتدريب التخصصى ، وتدريب المديرين .

ولما كان المقصود بالتدريب المهنى هو : إعداد الأفراد مهنيا ، بقصد إكسابهم مهارات جديدة أو رفع انتاجيتهم - فان هناك مقومات ينبغي أن تتوافر فى أى مركز للتدريب ليتمكن الاعتماد عليه فى تحقيق هذه الاهداف .

وفى مقدمة هذه المقومات مايتأتى :

- توفير الجهاز الفنى المناسب لمستوى التدريب ، والبرامج المنفذة .
- توفير المكان بالسعة المناسبة ، مع توفير اشتراطات الأمن والسلامة والتنظيم السليم لظروف ومستوى التدريب .
- يكون المركز مزودا بالمعدات اللازمة المناسبة لعدد المتدربين .
- توفير المناهج والبرامج الأساسية ومواد التدريب المناسبة .
- أن يكون التدريب وفقا لمواصفات المهن والأعمال المطلوب التدريب عليها .

- توفير نظام سليم لمراقبة أنشطة التدريب وتقييمها .

التدريب المهنى وعلاقته بالتعليم الفنى :

لكل من التعليم الفنى والتدريب المهنى دور ومسئولية فى تكوين المهارات .

فالتعليم الفنى : يعد غاية فى حد ذاته ، حيث يهتم ببناء الطالب على قاعدة عريضة من المعلومات والمواد الثقافية والعلمية والفنية ، مع

تتولى إعداد وتخريج الفني والمهني مع وجود اختلاف في خطط ومناهج الدراسة والتدريب في كل منهما ، مما يتسبب في وجود معوقات عند تحديد مستويات موحدة للمهنة .

متابعة الخريجين : تنفيذ متابعة الخريجين في الحصول على بيانات وإحصاءات تساعد على إعداد خطط دقيقة ، تؤدي الى رفع مستوى العملية التعليمية والتدريبية كما وكيفا ، بالإضافة الى تحديد النوعيات والأعداد والمستويات وفق الاحتياجات العامة للتنمية ، الى جانب توجيه الفائض الى تخصصات أخرى أكثر فائدة ، وهذا غير متوفر حاليا .

التمويل : تعتبر تكلفة التعليم الفني والتدريب المهني باهظة بالمقارنة بأنماط التعليم الأخرى ، وتقوم الدولة في حدود الامكانيات بتغطية هذه التكاليف .

إعداد المدرس والمدرّب : تعتمد سياسة التعليم والتدريب أساسا على المدرس والمدرّب الكفء ، حيث ان عدد العاملين في هذه المجالات لا يغطي احتياجات المدارس ومراكز التدريب .

تنظيم العمالة المهنية : يحتاج السوق الى عمالة مهنية ماهرة ، من خلال تنظيم دقيق كفيل بالتغلب على مشكلات دخول عمالة متقطعة غير ماهرة لبعض المهن .

الدراسة والمناهج النظرية والعملية : توجد - في معظم الحالات - فجوة بين التعليم والتدريب من حيث المناهج والمقررات الدراسية وبرامج التدريب ، وبين النظم التي تسير التطور السريع المستمر في تكنولوجيا العمل .

التجهيزات والمعدات الفنية : أن المهارة لا يمكن اكتسابها الا بممارسة العمل على المعدات والآلات والأجهزة ، ولابد من مسايرة التطور التكنولوجي ، وبما أن المعدات والآلات والأجهزة هي ركيزة العملية التعليمية والتدريبية ، حيث أنها في تطوير دائم ، فان قصور المعدات يؤدي الى انخفاض كفاءة التدريب .

تخطيط التدريب على المستوى القومي : صدرت عدة تشريعات

تناولت التدريب تخطيطا وتنظيما وتنفيذا وتمويلا ، وفيما يلي بيان موجز لها :

- المرسوم الجمهوري في ١١/٤/٥٤ بإنشاء المجلس الدائم للتدريب المهني والكفاية الانتاجية .

- القانون رقم ١١٨ لسنة ٦٤ بإنشاء الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة ونص على ان يقوم بالإشراف على الأجهزة المركزية لتدريب العاملين وتنظيم الدورات التدريبية العامة .

- القرار الجمهوري رقم ٩٠٩ لسنة ٦٧ بإنشاء الجهاز المركزي للتدريب كهيئة مستقلة تتبع رئيس الوزراء . ثم تمت تصفية هذا الجهاز بصدر القرار الجمهوري رقم ٧٥٧ لسنة ٧٢ بنقل مسؤولياته لوزارة القوى العاملة .

على أنه تنفيذا للمادة ١١ من القرار ٩٠٩ المشار اليه انشئت المجالس الاقليمية للتدريب .

- القرار الجمهوري رقم ٧٩٦ لسنة ٧٢ بإنشاء المجلس الأعلى للتدريب .

- قرار رئيس الوزراء رقم ١٨٨ لسنة ٧٤ بإنشاء وحدات التدريب في مختلف الجهات .

المجلس الأعلى للقوى العاملة والتدريب الذي أنشئ القرار ٧٩٦ المشار اليه آنفا .

- وأخيرا صدر القرار الجمهوري رقم ٤٥٩ لسنة ٨٢ بإنشاء المجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية والتدريب برئاسة رئيس مجلس الوزراء والذي لم ينعقد الا ثلاث مرات كان آخرها منذ عامين .

ويستفاد مما تقدم أنه وبعد أكثر من ثلاثين عاما - من محاولات إنشاء أجهزة ومجالس عليا تختص بالتدريب - لم تنجح هذه المحاولات في تحقيق الأهداف المبتغاة منها ، وهذا يدعو الى البحث عن الأسلوب الأكثر جدية وفعالية للوصول الى هذه الأهداف .

أنشطة التدريب المهني :

يشتمل قطاع التدريب عامة على أنشطة رئيسية تتمثل فيما يأتي :

ومنذ سنوات ، أنجزت وزارة القوى العاملة والتدريب « التصنيف العربى الموحد » ثم صُنفت " مستويات مهارة لمجموعة من الأعمال والمهن شائعة الاستخدام فى نطاق ثلاثة مستويات محددة هي :

عامل ماهر ، وعامل متوسط المهارة ، وعامل محدود المهارة .

وفى محاولة أخيرة - بدأت فى نهاية عام ١٩٨٤ ثم تعثرت خلال عام ١٩٨٦ - تشكلت مجموعة عمل تمثل معظم الجهات المعنية لتوحيد الجهود المبذولة فى هذا المجال ، أثمر عملها عن بعض النتائج الأولية ، ولم استمر نشاطها ومتابعتها وتأييدها لتمكن الوصول من خلالها الى الهدف المنشود .

أسس تحديد المهارة على المستوى القومى : يجب أن يبدأ موضوع تحديد مستويات المهارة من خلال تفاهم جماعى بين كل الأطراف المعنية على مايلى :

- تحديد المهن والأعمال ومسمياتها الرسمية وتحديد رقم التصنيف المناسب لها .

- تحديد مسميات المهن ومستوياتها وتوصيف كل منها (مهنى - عامل ماهر - عامل متوسط المهارة - عامل محدود المهارة ...) .

- مراجعة هذا التوصيف دوريا لتطويره وفق تطور العمل وأسلوبه والمعدات المستخدمة فيه ومجالاته والتكنولوجيا الجديدة المستحدثة فيه .

- وضع اختبارات قياسية لكل مستوى ولكل مهنة تتضمن المعلومات والمعرفة الواجب توافرها والمهارات اللازم إتقانها والمناسبة لهذا المستوى .

- تحديد الجهات الفنية التى لديها القدرة والخبرة والامكانيات لأداء هذه الاختبارات والاعتراف بنتائجها .

- خضوع العاملين بجميع الجهات بالقطاع العام والخاص أو الاستثمارى والراغبين فى الالتحاق بالأعمال المختلفة لهذه الاختبارات لتحديد مستوى كل فرد فى مجال عمله . مع منح كل فرد بطاقة تثبت ذلك ويعامل على أساسها .

قطاع التدريب المهنى المنظم : ويشمل مراكز التدريب المهنى التى لديها برامج ونظم وامكانيات تدريب وضعت بأسلوب علمى ، للوصول الى مستوى مهارة محدد يحتاجه سوق العمل فعلا ، وتمنح شهادات بعد اتمام التدريب .

قطاع التدريب غير المنظم : ويشمل الأنشطة الهادفة الى تعليم وتدريب الشباب على المهن المختلفة ، بأسلوب غير مبرمج يعتمد أساسا على التمارين العملية والعمل الانتاجى ، ولا يهتم بالوصول الى مستوى مهارى معين .

قطاع التدريب التخصصى : ويشمل بعض أنشطة التدريب التى يحتاجها بعض الجهات القائمة بها مثل : البريد والرياضة والتسويق والتأمين والدفاع المدنى والمرور والشرطة والاسعاف والفندقة والطيران المدنى . وليس الهدف منها إعداد فنيين بالمعنى العلمى ، ولكن إعداد أفراد يتفوقون على العمل فى مجال هذه الأنشطة . وان كانت هذه المراكز تحسب على قطاع التدريب الفنى .

قطاع الصبىة : حيث يلتحق الصبىة ببعض الورش الخاصة ، أو بعض المؤسسات الحكومية المهنية لتعليم المهنة على الطبيعة .

وهذا النظام وان كان يمنح فرص التدريب العملى للقوى البشرية منذ الصغر ، الا أنه لا يتبع منهاجا منظما أو أسلوبا محددا لتعليم الحرف المختلفة . ولكنه يتوقف على قدرة الفرد على الملاحظة والمحاكاة .

ويشمل هذا المجال أيضا أسلوب توريث الحرف الذى كان سائدا منذ مدة طويلة ، وفى بعض الأحيان ينتج عنه عمالة ماهرة .

مستويات المهارة القومية :

يعتبر هذا العنصر من العناصر الهامة التى تهدف الى الوصول بالقوى العاملة الى مستوى المهارة المطلوب للأنشطة المختلفة ، وهو يحدد مسبقا احتياجات هذه الأنشطة عن طريق التدريب الهادف . فتحديد مستويات المهارة أمر اساسى لكل دولة للحفاظ على تطوير قوتها البشرية العاملة .

- خضوع الأجور الأساسية وربطها بهذه المستويات لكل عمل على حدة حسب أهميته والحاجة اليه وظروفه .

- إعادة اختبار الفرد كلما رغب في الانتقال من مستوى الى آخر ، أو كل فترة زمنية في مستواه للتأكد من مناسبته لمستوى أعلى أو احتفاظه بمهارته في مستواه الحالي .

وعلى ضوء هذه الأسس يمكن وضع تنظيم قومي يحقق مايلي :

- الاستفادة القصوى من جميع الوحدات الانتاجية ، سواء بالشركات أو بالورش الخاصة على هدى من هذه الأسس في إعداد وتدريب وتكوين القوى البشرية بطريقة بناءة .

- توفير المعرفة اللازمة لكافة الأعمال بمستوياتها المختلفة باشتراك أصحاب الأعمال والنقابات والأجهزة المعنية بالتدريب لتكون في متناول القوى البشرية في الوقت المناسب لإعداد القوى البشرية اللازمة بما يتلاءم مع الاحتياجات الحقيقية لسوق العمل المتطور .

- قيام أجهزة التدريب التابعة للدولة أو المتوفرة بالشركات بوضع برامج وأساليب التدريب المناسبة للأعمال المختلفة وفقا لما توفر لديها من توصيف المستويات المختلفة ، وبالتالي تحدد أهداف التدريب ، والمدة الزمنية الاقتصادية المناسبة لاتمام هذا التدريب لكل مهارة ، وتحديد المعلومات الضرورية وأساليب تقديمها ، ويؤدى ذلك الى ترشيد التكلفة مع تحقيقه لأهداف التدريب وأغراضه .

- قيام الأجهزة المتخصصة والمركزية للتدريب بتوفير مواد التدريب المطبوعة والمصورة والمسموعة والمناسبة لكل الاستخدامات بكميات اقتصادية وفقا للحاجة.

- اجراء اختبار تشخيصي لكل عامل لتحديد مستواه ، وبناء عليه يوجه الى مايجب عليه معرفته وإتقانه ، وعلى الفرد الطموح لمستوى أعلى أن يحصل على ذلك سواء ذاتيا من خلال عمله أو بالالتحاق ببرنامج التدريب المناسب .

ويترتب على تنفيذ مثل هذه السياسة مايتأتى :

- توحيد مستوى الأفراد في العمل الواحد بالوحدة الانتاجية ، مما يترتب عليه توافق الانتاج وسهولة إحلال الأفراد مكان بعضهم البعض .

- التأكد من مستوى مهارة الفرد ومناسبته للعمل دون حاجة الى اختبارات أخرى تتدخل فيها عوامل مختلفة .

- سهولة تلبية احتياجات الدول الأخرى ، واطمئنانها الى مستوى

الأفراد عند التعاقد مما يحافظ على حقوق العامل .

- سهولة منافسة القوى العاملة في الدول المختلفة .

- سهولة إعداد برامج التدريب لرفع مهارة العاملين ، حيث يمكن إعداد برامج لمجموعات متساوية تقلل من تكلفة التدريب الفردي وتحقق فاعلية أكثر .

- سهولة تخطيط برامج التدريب على مستوى المنشأة ، لتوفير المعلومات الكافية عن الأفراد ، وتحديد ماينقصهم من معلومات أو مهارات لمواجهة أى تطوير في العمل الانتاجي .

- القضاء على التقدير الجزافي لمستوى الفرد ، مما يحقق الأجر العادل لكل من العامل والوحدة التي يعمل بها .

- سهولة تخطيط برامج التعليم والتدريب القومي لتواجه مستويات محددة ومدروسة .

حجم التشغيل في الخطة الخمسية ٨٢ / ١٩٨٧ :

أشارت هذه الخطة الى أن حجم التشغيل في السنة الأخيرة منها سيصل الى حوالي ١٢.٦٢٩٤ مليون مشغل ، بينما كان اجمالى المشغلين في سنة اساس الخطة ٨٢/٨١ حوالي ١٠.٧٠٤ مليون مشغل ، وبذلك تحقق هذه الخطة حوالي ١.٩٢٧ مليون فرصة عمل جديدة ، بمتوسط قدره حوالي ٣٨٥ ألف فرصة عمل جديدة إلى جانب فرص العمل الناتجة عن عمليات الاحلال .

وقد قام الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، فى يونيه ١٩٨٥ بعمل دراسة عن سوق العمل فى مصر حتى عام ١٩٩٠ ، لكل قطاعات الدولة ، من واقع هذه الخطة . واتضح منها أن فرص العمل خلال

سنوات الخطة في كل قطاعات الدولة تبلغ ٢٤٥٣٧٤١ فرصة عمل ،
بمتوسط ٤٩٠٧٤٨ فرصة عمل سنويا ، وأن تكلفة فرصة العمل تختلف
من قطاع لآخر بحد أدنى قدره ١٦٤٦ جنيها لفرصة العمل الواحدة في
قطاع التعليم ، ويحد أعلى قدره ٤٢٦٠٤ جنيها لفرصة العمل الواحدة
في قطاع الصناعة .

حجم التشغيل المستهدف في الخطة الخمسية
١٩٩٢/٨٧ :

قدر اجمالي حجم التشغيل في عام ١٩٨٧/٨٦ لسنة الأساس
بحوالى ١٢,٦٢٩.٤ مليون مشغول . ويمثل حجم التشغيل حوالى
٩٤.٣٪ من اجمالي قوة العمل بالداخل . وبذلك يكون حجم البطالة
السائرة حوالى ٥.٧٪ . ومن المستهدف أن تبلغ فرص العمل الجديدة
حوالى ٤٢٥ ألف فرصة عمل في السنة الأولى من الخطة . وأن يبلغ
حجم التشغيل الكلى في نهاية الخطة الخمسية حوالى ١٤,٧٧٤.٨
مليون مشغول . وبذلك يبلغ اجمالي فرص العمل الجديدة التى تستهدفها
هذه الخطة حوالى ٢,١٤٥.٤ مليون فرصة عمل ويقدر المتوسط السنوى
لفرص العمل الجديدة خلالها بحوالى ٤٢٩ ألف فرصة عمل .

تقييم سياسات التدريب المهنى :

تتفق جميع الآراء على ضرورة التدريب المهنى وأهمية تطويره ،
وربط التعليم بالتدريب ، وقد تم في هذا المجال بعض الاتجاهات ، سواء
على المستوى القومى أو المستوى القطاعى .

فعلى المستوى القومى : أنشئ الجهاز المركزى للتدريب عام
١٩٦٧ ، والمجلس الأعلى لتنمية القوى البشرية عام ١٩٨١ ، غير أن
نشاطهما توقف بعد سنوات معدودة .

وعلى المستوى القطاعى : أنشئ عدد من الأجهزة مثل جهاز
التدريب للتشييد والبناء والمجالس الاقليمية للتدريب في قطاع الصناعة ،
والمجالس المحلية بالمحافظات وتتولاها وزارة القوى العاملة والتدريب .

ومع ذلك فان تقييم سياسات التدريب المهنى يبرز بوجه عام

مايأتى :

(١) غياب أى سياسة قومية للتدريب المهنى ، حتى أن الاتجاهات
الاجابية التى ظهرت في هذا المجال تفتقر الى التنسيق فيما بينها ،
كما تعمل بمستويات متفاوتة فيما بين تقسيماتها ووحداتها الاقليمية
والمحلية . الى جانب تغيير السياسات القطاعية بتغير المسؤولين .

(٢) عدم استقرار سياسة طويلة المدى للتدريب المهنى ويتضح ذلك
مما يأتى :

- عدم إصدار قانون للتدريب المهنى حتى الآن ، بالرغم من أنه
مطلب قومى منذ أكثر من ربع قرن .

- تعدد التنظيمات والمجالس القومية التى انشئت خلال السنوات
العشرين الماضية ، وعدم استمرار أى منها ، أو عدم فاعلية بعضها ،
وعدم الاهتمام بتكوين أو تحديد الأجهزة الفنية المساعدة اللازمة لها
لتجهيز أعمالها ومتابعة تنفيذ قراراتها وتقييم نتائجها .

- عندما قررت الدولة عام ١٩٨٢ تخصيص مبلغ ٥٠ مليون جنيه
أعانة سنوية للتدريب خلال الخطة الخمسية محسوبة على أساس ٥٪ من
قيمة الاستثمارات المقررة ، لم يستمر العمل بهذا القرار سوى سنة
واحدة ، ولم توفر الاعتمادات الخاصة بها الا عند نهاية السنة المالية ، ثم
خفضت في السنة الثانية الى ٢٥ مليون جنيه ، وتحول جزء منها من
اعانة الى قرض من بنك الاستثمار ، ثم خفضت في السنة الثالثة الى
حوالى ١٧ مليون جنيه للتدريب المهنى والادارى مما ترتب عليه عدم
استقرار خطة تشغيل أجهزة التدريب في القطاعات المختلفة ، في الوقت
الذى جمدت فيه وزارة المالية أى زيادة في ميزانيات هذه الأجهزة ،
اعتمادا على وجود هذه الاعانة غير المستقرة .

- في محاولة لمواجهة بعض الظروف الاقتصادية ، صدرت توجيهات
بتحويل : بعض المنح التى خصصتها بعض الدول للتدريب في اتفاقات
ثنائية ، لاستخدامها في مشروعات انتاجية ، حتى وإن شملت المنح شراء
معدات للتدريب ، مما أثر على استخدام كثير من المنح والاعتمادات

بالعملات الأجنبية .

(٣) عدم وضوح أهمية التدريب المهني والعائد منه على الفرد أولاً ثم على جهة العمل ثانياً . ويعد أن ربط التدريب بالترقية في أحد القرارات الوزارية ألقى هذا الربط ثم اقتصر على التدريب الإداري ، وفي جهات أخرى أصبح التدريب عملية صورية لعدم وجود من يقيم هذا النشاط ويتابعه . كما أن بعض المتدربين في مراكز التدريب المهني يتسربون قبل نهاية فترة التدريب والتأكد من وصولهم الى المستوى المهني المطلوب .

- وفي القطاع العام يتوقف الاهتمام بالتدريب على اهتمام مجلس الإدارة أو رئيس مجلس الإدارة شخصياً ، وفي كثير من الشركات لا توجد ميزانية خاصة بالتدريب ، وإن وجدت فإنها أول البنود التي تخفف أو تلغى في حالة البحث عن توفير أو ترشيد . وبالنسبة لأصحاب الأعمال ، فالقطاع الخاص لا يشعر بفائدة أو ميزات تعود عليه مباشرة من التدريب .

(٤) عدم الاهتمام بتدريب كوادر التدريب وإعدادهم علمياً وفنياً ، وبالتالي فقد اشتغل كثير في هذا المجال ممن لا دراية لهم بأساليب التدريب الصحيحة كما اعتبر الهيكل الوظيفي لإدارات وأقسام التدريب مجرد مجال لترقية أفراد آخرين من خارج النشاط التدريبي ، وفي المقابل توجد أجهزة للتدريب في بعض الشركات الصناعية الكبيرة يصل مستوى رئيسها إلى أعلى من مستوى رئيس جهاز التدريب في القطاع نفسه .

(٥) حصلت الدولة على قروض للتعليم الفني والتدريب المهني خلال السنوات العشر الماضية تبلغ نحو ١٧٠ مليون دولار ، منها نحو ٨٧.٥٪ لشراء معدات والباقي معونة فنية (خبراء وبعثات للتدريب) وإنشاءات ، ومعظم هذه القروض كانت بفوائد ميسرة تبلغ ٧.٥٪ على خمسين سنة وفترة سماح تبلغ عشر سنوات ، وفي مقابل هذا المكون الاجنبي ، لم توفر الدولة المكون المحلي اللازم للإنشاءات والتوسعات والخدمات

الضرورية وبأسلوب المناسب ، مما ترتب عليه تأخير تنفيذ كثير من المشروعات ، وبالتالي عدم استخدام أو تأخير استخدام بعض القروض ، مع استمرار ارتفاع الأسعار أو تخزين المعدات بدون استخدام .

(٦) أن بعض القطاعات - في غياب سياسة قومية للتدريب المهني - أقامت لنفسها سياسة خاصة بها تضمنت رؤيتها للمستقبل وخططها لمواجهة هذا المستقبل ، بل ونشط بعضها للبحث عن مصادر للتمويل ، محلية كانت أو أجنبية .

ومن أمثلة ذلك :

- وضع جهاز التدريب للتشييد والبناء خطة لتغطية احتياجات قطاع المقاولات والتشييد من العمالة المهنية ، عن طريق إنشاء ٦٥ مركزاً للتدريب المهني ، خلال خمس سنوات تنتهي عام ١٩٧٩ وفي خلال إنشاء المجموعة الأولى من المراكز استخدم الجهاز مدارس التعليم الفني في الفترات المسائية لتخريج الدفعات الأولى ، وبعد اثني عشر عاماً لم يتسن له سوى إنشاء نحو ٧٦٪ من اجمالي المراكز المقررة .

- أعادت مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني دراسة احتياجات قطاع الصناعة وحددت أهدافها واحتياجاتها ، وبالتالي حددت مشروعات التدريب المطلوبة داخل وخارج الشركات ، وبدأت في تنفيذها قبل بداية الخطة الخمسية ١٩٨٧/٨٢ وخلالها . واشتملت الخطة على إحلال وتجديد مراكزها القديمة ، وإجراء توسعات بإضافة تخصصات جديدة تحتاجها المنطقة في بعض المراكز القائمة ، ثم إنشاء مجمعات لمراكز التدريب في مناطق صناعية جديدة تمكثها من مضاعفة طاقتها الاستيعابية حتى عام ١٩٨٧ ، ثم زيادة أخرى خلال الخطة الخمسية ١٩٩٢/٨٧ ، هذا بجانب تشغيل المراكز لأكثر من فترة أو فترتين ، مما يضاعف على الأقل من الطاقة الاستيعابية وذلك وفقاً لحاجة القطاع وفي التخصصات التي يحتاجها ، بجانب تطوير نظم وبرامج التدريب وطرقه بما يحقق سرعة الاستجابة للاحتياجات الفعلية ، هذا مع التوسع في إنشاء مراكز التدريب بالشركات الصناعية .

– رأت وزارة القوى العاملة والتدريب أن سياستها تشمل رسم خريطة المستقبل للقوى البشرية وكفاءة استخدامها في الداخل والخارج والمحافظة على حقوقها وفتح مجالات العمل أمامها ، ويساعدها في ذلك العمل في ظل مستويات مهارة قومية ، وبدأت العمل في هذا المجال منذ عام ١٩٨٢ بخطى وثيدة بالتعاون مع جهات الاستخدام والتدريب المختلفة .

– أما الانتاج الحربي وشركاته ، نظرا لظروفه ، فقد رأى أن تكون سياسة التدريب به مبنية على إعداد العمالة المدربة بمعرفته ، وفق مستويات المهارة المطلوبة له والتي تناسب دقة انتاجه ، وبالتالي ضمن لكل متدرب وظيفة فور تخرجه ، مع امكان تجنيده في مصنعه ، وبالتالي لا يفقده خلال فترة التجنيد ، وهي سياسة لم توفق الأجهزة الأخرى عليها .

– اتجهت وزارات النقل البري والنهرى والكهرباء والبتترول والمواصلات وأجهزة التدريب بها ، الى رفع مستوى مهارة العاملين فيها ، مع توفير برامج تعريفية فنية للمعينين الجدد ، وفي حدود طبيعة إعداد عمالة ماهرة لها من خلال برامج مستقلة أو بالتعاون مع التعليم الفني أو الكفاية الانتاجية والتدريب المهني .

وعلى ضوء ماسبق ، يمكن تلخيص الظواهر العامة في مجالات التدريب المهني والتعليم الفني ، فيمايتى :

– لاتوجد احصاءات دقيقة يمكن الاعتماد عليها بالنسبة لمراكز التدريب ، على المستوى القومى ، أو لإعداد المتدربين في المجالات المختلفة .

– لا يوجد تنسيق بين التعليم الفني والتدريب المهني ، وعلى الأخص بالنسبة للبرامج واحتياجات خطط التنمية .

– لا توجد جهة مركزية فعالة تشرف على التخطيط والتنسيق والتمويل بالنسبة لأنشطة التدريب المهني والتعليم الفني ، وكلما أنشئ مجلس تحدد له اختصاصات ، فانه أما أن يلقى أو لا يتمكن من ممارسة صلاحياته .

ولذلك فان احتياجات المرحلة القادمة تستلزم اتباع سياسات واضحة للتدريب المهني حتى يمكن تحقيق أهداف خطط التنمية الاقتصادية

والاجتماعية .

وليس المطلوب اضافة تشريعات جديدة دون التقيد بها ، وانما العمل على زيادة الوعى التدريبى بين كافة العاملين . كما إنه ليس المطلوب اضافة أجهزة ومجالس جديدة ، وانما يلزم تنشيط القائم منها حاليا وتأكيد فعاليته .

التوصيات

وعلى ضوء هذه الدراسة ، ومادار حولها في اجتماع المجلس من مناقشات مستفيضة ، برزت مجموعة من الآراء والاتجاهات ، يأتى في مقدمتها :

– أن يتم إعداد تصور مستقبلى – شامل ودقيق – للتدريب المهني ، يقوم على أساس دراسة العمالة الموجودة واحتياجات السوق .

– أن يتوفر مسح شامل لجميع مراكز التدريب في مصر ، يتضمن بيانات توزيعها على القطاعات المختلفة ، وامكاناتها المادية ، والقوى الاستيعابية بها ومدى التطور الحادث بها .

– أن يحدد بوضوح تام ، دور الأجهزة المشاركة في عملية الإعداد والتنمية للتدريب المهني مع حصر الأسباب التي عاقت فعالية هذه الأجهزة ووسائل التغلب عليها .

– أن التدريب التحويلي ينبغى أن يحظى باهتمام جدى ، بما يؤدي الى الانتفاع بنوعيات العمالة التي تزيد على حاجة الأجهزة الحكومية عن طريق إعادة تدريبها على بعض الحرف والمهن التي تحتاج اليها البلاد .

– أن يعتنى بقطاع الصببية – أو مايسمى أبناء العاملين للحرف المختلفة – حفاظا عليهم من الانقراض ، وذلك من خلال نظام يجمع بين تلقى الصببية جزءا من التعليم الأساسى وبين تلقىهم التدريب .

– أن ينظر في البحث عن وسائل أخرى غير انشاء مجالس عليا للتدريب وذلك على ضوء التجارب السابقة الخاصة بظروف هذه المجالس .

وعلى ضوء ماسبق جميعه ، وما جاء في الدراسات التي سبق أن أعدتها المجالس القومية عن موضوعات القوى العاملة واعداد الفنيين ، والتعليم الفني والتدريب المهني يوصى بمايتى :

توصيات عامة :

* العمل على ايجاد الوعى لدى الافراد للاهتمام بالتدريب المهني ، كبدل له مستقبل مناسب يتواءم مع التعليم الأكاديمي ، ويتراكم مع احتياجات الفرد ليستثمر قدراته التي يتميز بها وكنوع من التعليم المستمر ، وذلك من خلال سلم للتدريب المهني يعتمد على مستويات للمهارة وأسلوب للتوظيف يعتمد على مواصفات المهنة وماتحتاجه من مهارات ، وربط الأجر بهذه المواصفات والوظائف ، ويتماشى هذا السلم مع سلم التعليم العام .

* تشجيع القطاعات المختلفة على الاهتمام بالتدريب وتقديم الخدمات التدريبية وبالأذات بالنسبة للقطاع العام والقطاع الخاص ، وخاصة الورش والمصانع الصغيرة مع ضرورة تحفيز وتشجيع القطاعات المختلفة بحوافز وتسهيلات وتمويضات متنوعة تختلف باختلاف ظروف الجهات المختلفة ، بحيث يشعر صاحب العمل بما يحققه النشاط التدريبي من فائدة مباشرة وغير مباشرة ، تتوقف على حجم نشاطه ، سواء كانت هذه الحوافز ضريبية أو تأمينية أو استيرادية أو نقدية .

* الالتزام بمستويات مهارة قومية ذات مواصفات قياسية ، واختبارات نوعية ونظام مستقر يعمل به على مستوى البلاد . مع السعى نحو ربط متوسطات الأجور بهذه المستويات .

* ايجاد سياسة ثابتة لإعداد وتنمية وتطوير كوادر التدريب المختلفة والاعتراف بأساليب إعدادهم غير التقليدية ، طالما يصلون - خلال نظم وأساليب مختلفة - الى المستوى العلمى والفنى والمهارى المطلوب ، مع اتاحة الفرص لحصولهم على دراسات تكميلية أو معادلة .

* أن يقوم الجهاز المركزى للتعينة العامة والاحصاء بالتنسيق الديموجرافى على المدى المتوسط والطويل ، لتحديد أعداد السكان موزعين بالجنس والسن والاقليم ، وكذلك تحديد معدل الهجرة وقوة العمل المتوقعة ثم بحث ميزانية الاسرة لتحديد الاستهلاك الكلى من السلع والخدمات .

- وتقوم وزارة التخطيط بترجمة المنتجات النهائية الى طاقات انتاجية اضافية أو جديدة ، وطاقات انتاجية لمستلزمات الانتاج ،

وتحديد التكنولوجيات الممكن استخدامها فى ضوء توافر قوة العمل ، حتى يمكن الاستخدام الكامل لكليهما .

- ويقوم الجهاز المركزى للتنظيم والادارة بتنظيم الاعمال القائمة ودراستها وتحديد كم العمالة اللازمة لكل نوع من الاعمال .

فى مجال التخطيط :

* يجب أن تمارس تخطيط القوى العاملة كجزء لايتجزأ من استراتيجية التنمية الشاملة ، حيث يمكن التنسيق - داخل الاطار العام للتخطيط الاقتصادى والاجتماعى الشامل - بين سياسات الاستخدام ، وسياسات الاستثمار والأجور وسياسات التعليم والتدريب ، وغيرها من السياسات المؤثرة فى هيكل القوى العاملة .

* وضع خطط تدريب متلاحقة شاملة لسياسة التعليم والتدريب ، للمدرسين والمدرسين فى جميع الحرف . على أن يراعى فى إعداد هذه الخطط أحدث التطورات التي تدخل على المناهج تبعاً ، من خلال برامج تدريب متطورة مستمرة .

فى مجال الاجراءات التشريعية :

* اصدار تشريع متكامل للثروة البشرية إعداداً وتنمية وتدريباً على مستوى الدولة يراعى هذا التشريع أن يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه ، بموجب لائحة تنفيذية خاصة .

* تعديل قوانين العاملين بالحكومة والقطاع العام بحيث يمتد تطبيق النصوص الخاصة بعدم ترقية مستويات الادارة العليا الا بعد اجتياز برامج تدريبية مؤهلة - لتشمل باقى المستويات وكذلك الشأن بالنسبة لبدء التعيين .

فى مجال الاجراءات التنظيمية :

* أن تختص احدى الجهات أو الأجهزة المعنية القائمة حالياً بالتدريب المهني ، من حيث التخطيط والتمويل والتنظيم والمتابعة والتقييم ، والتنسيق بين كافة الجهات العاملة فى هذا المجال .

* إنشاء بنك للمعلومات ، لتوفير البيانات الإحصاءات والمعلومات الفنية ، والبرامج وأساليب التدريب المختلفة ، وجميع ما يتصل بشئون القوى العاملة .

مع تنظيم اختزان هذه المعلومات وتطويرها ، والعمل على تعميمها ، وذلك عن طريق استخدام التقنيات الحديثة ، لضمان دقتها وسرعة استخراجها ، تيسيرا للانتفاع بها .

* تطوير وتعميم التوصيف الموحد للمهن داخل القطاعات المختلفة ، وتوحيد المسميات والمفاهيم والمدلولات عند اجراء الاحصائيات أو تقدير احتياجات التدريب على المستوى القومى ، وكذلك فى السوق الخارجية .

* العمل على انشاء المراكز والأجهزة الآتية :

- مركز لبحوث وتطوير التدريب المهنى ، يكون من ضمن مهامه العمل على تطوير نظم وبرامج وأساليب التدريب ، وتقييم البرامج المطبقة وتحليل نتائجها ومخرجاتها وتوفير المعلومات اللازمة عن الامكانات والاحتياجات والمستويات التدريبية ، والقيام بالبحوث والدراسات الميدانية والتطبيقية .

- مركز لبحوث المناهج ، يكون من بين أنشطته : الاهتمام بالترجمة والنشر ، للافادة من نتائج الدول المتقدمة ، والعناية بمجالات التعاون الدولى والاقليمى .

- جهاز فنى متخصص لتحديد نوعيات المعدات والأجهزة ، ومصادر تمويلها لتزويد المدارس ومراكز التدريب بها .

- جهاز فنى متخصص لإحداث التعديلات المطلوبة فى المباني ، بحيث يتم تصميم طرز جديدة تتناسب وتطورات العمليات التعليمية والتدريبية .

* ضرورة الحصول على ترخيص مسبق قبل انشاء مراكز التدريب المختلفة من السلطات المختصة ، يخضع لحد أدنى من المواصفات الأساسية .

* مساواة الكوادر العاملة فى مجال التدريب المهنى ، فى الحقوق المعيزات التى يحصل عليها زملائهم فى خطوط الانتاج لارتباط التدريب بالانتاج والانتاجية .

فى مجال الاجراءات التنفيذية :

* الاستفادة القصوى من مراكز التدريب لزيادة طاقاتها على تخريج العمالة الماهرة ، ومدها بما تحتاجه من معدات وآلات ووسائل ابضاح .

* ضرورة استكمال مراكز التدريب المطلوبة للقطاعات المختلفة من حيث التمويل والكوادر والمعدات والبرامج ، مع إنشاء مراكز تدريب مهنى بالمحافظات والمدن لاحتواء الناشئة خارج مرافق التعليم فى ظل تنسيق على مستوى المحافظات .

* وضع الأسس العلمية السليمة لاختيار المدربين المؤهلين علميا ، ومن ذوى الخبرة العملية ، ثم تأهيلهم تربويا وعمليا لسد النقص فى هذه الفئة ، مع وضع الحوافز المناسبة لاستقطاب هذه الخبرات والاحتفاظ بها .

* إعداد برامج التدريب المختلفة ، بحيث تقابل الاحتياجات الفعلية من المهارات المطلوبة للسوق المحلى والخارجى ، مع تطوير هذه البرامج أولا بأول بما يتماشى مع أساليب التدريب الحديثة وكذلك إعداد برامج تهدف الى تحسين أنماط السلوك على طول حياة الفرد ومجتمعه الصغير والكبير .

* العمل على نشر مراكز للتدريب فى مختلف وحدات العمل وفقا لحاجة كل جهة مع المبادرة باصدار قانون التدريب المهنى داخل العمل * أن يكون للنقابات العمالية دور فعال فى الأنشطة التدريبية المختلفة لأعضائها باعتبار مسئوليتها عن رفع كفاياتهم والارتقاء بمستواهم المهنى والفنى .

* أن توجه عناية خاصة لمكافحة الأمية حتى تتوفر الأعداد المناسبة للتدريب المهنى السليم ، نظرا لما تتطلبه برامج التدريب من اجادة القراءة والكتابة وتفهم الرسوم الهندسية .

فى مجال تمويل أنشطة التدريب المهنى :

* أن يتم اقرار سياسة ملزمة ودائمة لتوفير التمويل اللازم لاستكمال

مراكز التدريب التي بدىء فيها ، ولم تمارس التدريب حتى الآن .

مع سرعة اتخاذ الاجراءات اللازمة لاصدار قانون انشاء الصندوق القومى لتمويل التدريب - والذى تم إعداد مشروعه منذ أكثر من ست سنوات - على أن تتسم لائحته بالمرونة ، بحيث لا تقيد ببعض النظم كنهاية السنة المالية مثلا حتى يمكن انفاق المبالغ المخصصة للتدريب على أنشطته فقط .

* أن تسهم الجهات المستفيدة من التدريب فى تمويله بنصيب مناسب من ميزانيتها مع النظر فى استصدار تشريع يحدد نسبة مئوية لتمويل الأنشطة التدريبية تدفعها المؤسسات المستفيدة : محلية ، وعربية وأجنبية . حتى يمكن التغلب على مشكلات التمويل .

سياسة التصنيف المهني وقياس مستوى المهارة

سبق للمجلس أن تناول فى أكثر من تقرير خلال دوراته السابقة هذا الموضوع ضمن موضوعات تخطيط وإعداد القوى العاملة ولكن على نحو غير مباشر .

ومن ثم عرضت على المجلس دراسة مستفيضة مستقلة فى هذه الدورة ، يخلص موجزها فى النقاط الآتية :

أولا : فيما يختص بالتصنيف المهني :

تناولت الدراسة تطوره التاريخى فى مصر وتجارب بعض الدول بشأنه وأكدت أهميته تأسيسا على أن تخطيط القوى العاملة يعتبر جزءا

من التخطيط القومى للتنمية ، لأن التخطيط السليم للتنمية يتعين أن يصاحبه تقدير فعلى للموارد البشرية وتقدير الاحتياجات الكمية والنوعية - الحالية والمستقبلية لمشروعات التنمية فى مختلف قطاعاتها - من القوى العاملة على مستوى المهن والتخصصات والمستويات التعليمية والتدريبية . ويستتبع ذلك بالضرورة :

- إعداد الهياكل المهنية للقوى العاملة وأجراء الدراسات المقارنة بينها وبين متطلبات خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

- إجراء الدراسات المستمرة عن كافة العوامل المؤثرة فى الهيكل المهني للقوى العاملة كالتطور التكنولوجى والتغير فى أساليب العمل .

- إعداد الموازنات الدورية لعرض القوى العاملة والطلب عليها والتعرف على الزيادة أو النقص فيها على مستوى المهن والتخصصات .

- محاولة تحقيق التوازن الكمي والنوعي بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين احتياجات الاقتصاد القومى من مختلف المهن والتخصصات ومستويات المهارة .

ومن ثم فإن الأمر يتطلب وضع قواعد وضوابط تقاس بمقتضاها مستويات القوى العاملة كما ونوعا . والأداة الرئيسية لذلك هى التصنيف المهني .

لذلك أصبحت الحاجة ماسة لايجاد تصنيف مهني قويم يتضمن توصيفا لكافة المهن والأعمال الموجودة فى الدولة وتوحيد مسمياتها ، واستخدامه فى كافة الدراسات والابحاث والبيانات الاحصائية المتعلقة بالقوى وتجربى على أساسه اعداد الموازنات القومية ، وإعداد الهياكل المهنية العاملة ، كما يجرى استخدامه فى مجالات الاستخدام ، والهجرة والتأهيل المهني ، وفى رسم سياسات التعليم والتدريب ، بحيث يصبح التصنيف المهني القومى هو اللغة الموحدة بين المشتغلين فى كافة مجالات القوى العاملة .

طبيعة وشكل التصنيف المهني القومى والهيكل العام لتصنيف النشاط الاقتصادى :

يتنوع تصنيف أفراد القوى العاملة بتنوع النشاط الاقتصادى أو

طبيعة العمل أو حالة الفرد حيث يمكن :

- إعداد التصنيف تبعاً لنوع العمل الذى يؤديه الفرد (العمل المؤدى) .

- إعداد التصنيف تبعاً لنوع النشاط الاقتصادى ومحل العمل الذى يؤديه الفرد .

- إعداد التصنيف تبعاً للحالة العملية للفرد ، حيث يبين ما إذا كان الفرد صاحب عمل أو يعمل بأجر أو متعطلاً عن العمل أو غير ذلك .

ويهتم التصنيف المهنى أول ما يهتم بالعمل الذى يؤديه الفرد فى مهنة معينة باعتبار أن المقصود من المهنة هو مجموعة الواجبات التى يؤديها الفرد أو مجموعة من الأفراد لانجاز عمل معين وتتطلب فى أدائها مجهودات ذهنية أو بدنية أو الاثنين معاً .

ويعتبر التصنيف المهنى نظاماً لحصر وتصنيف المهن الموجودة فى الدولة تحت ألقاب أو مسميات موحدة وتعريفها بتوصيفات تلخص العمل المؤدى ثم ترتبها فى مجموعات تبعاً لدرجة التشابه فى العمل المؤدى والصفات المطلوبة من العمال لاداء العمل على وجه مرض ، ثم وضع دليل رقمى ترتب على أساسه المهن والمجموعات بحيث يعكس العلاقة بينها ، ثم تبويب المهن والوظائف فى مجموعات رئيسية ومجموعات فرعية وعائلات فرعية وعائلات وفصول مهنية .

مع الالتزام بالهيكل العام لتصنيف النشاط الاقتصادى .

ثانياً : فيما يختص بقياس مستوى المهارة :

بعد أن عرض التقرير بانفاضة للتطور التاريخى لنشاط قياس مستوى المهارة فى مصر وتجارب بعض الدول بشأنه أكد أن قياس مستوى المهارة هو الأسلوب العلمى لتحديد مستويات العمالة الفنية . ويتم ذلك وفق أسس ومعايير محددة ومقننة تحقيقاً للأهداف التالية :

- ضمان توحيد مستويات المهارة فى المهن المختلفة على المستوى القومى طبقاً للتصنيف العربى الموحد للمهن .

- وضع خطط سياسات التدريب لإعداد العمالة المدربة كما ونوعاً

على أسس موضوعية فى ضوء نتائج القياس واحتياجات سوق العمل .

- تطوير برامج وأجهزة التدريب المهنى ، أو اقتراح برامج للتدريب التكميلى للوفاء باحتياجات الأنشطة الاقتصادية المختلفة بالداخل والخارج التى يشهد عليها الطلب .

- ضمان دقة البيانات الاحصائية الممثلة لحركة العمالة التى تستخدم فى بحوث تخطيط وتنمية القوى العاملة .

- تمكين أجهزة الاستخدام من مواجهة مسؤولياتها بتزويد أسواق العمل بالداخل والخارج بالقوى العاملة المطلوبة .

- دعم الثقة فى العمالة المصرية فى الخارج وذلك بسد الطريق على مدعى احتراف المهن الفنية فى سوق العمل .

- تحديد مدى نجاح أجهزة التدريب فى توافق خريجائها مع احتياجات سوق العمل وفرصته المتاحة .

عناصر عملية القياس واحتياجاتها :

تتوقف عملية قياس مستوى المهارة على عدة عناصر رئيسية أهمها مايلى :

- وجود مستويات مهارة لكل عمل أو مهنة معترف بها على مستوى الدولة ، تتعامل على أساسها جميع وحدات الانتاج والخدمات ، مع تطويرها بصفة دورية كلما ظهرت الحاجة الى ذلك .

- وجود تفصيل لكل مستوى مهارة ولكل مهنة ، يشمل المهارات الواجب توافرها والمعلومات والمعارف التى ينبغى الإلمام بها

- اختبار قياسى يمكن بواسطته تقييم الفرد من ناحية الاداء والمعلومات ووضعه فى المستوى المناسب لقدراته وخبراته ومعارفه .

- المساواة بين العاملين فى المستوى الواحد فى الحقوق والواجبات وضرورة اجتيازهم اختبار قياس مستوى المهارة بغض النظر عن الشهادة الحاصل عليها العامل من عدمه .

- عدم انتقال الفرد من مستوى مهارة الى آخر الا من خلال هذه الاختبارات القياسية .

- إصدار شهادات بمستوى المهارة مبین بها المهارات والمعارف والمستوى الثقافى للفرد ، تستكمل معلوماتها بوريا كلما حصل الفرد على مهارة اضافية من خلال برنامج تدريبي من جهة معترف بها .
- عدم التصريح بمزاولة المهنة الا لمن يحصل فعلا على ترخيص بذلك يصدر بناء على قياس مهارته ، على أن يتم ذلك تدريجيا ووفقا لسياسة واقعية .

- تدعيم امكانات التعليم والتدريب وإعداد الأفراد للقيام باختبارات قياس المهارة بمستوياتها المختلفة .

- وضع سلم لمستويات العمل المختلفة وفق درجة المهارة المهنية ، بحيث يتلاقى فى بعض مراحله مع السلم التعليمى بمراحله المتعددة ، ومع برامج التدريب الراقية .
- مع ضرورة الالتزام باحتياجات عملية القياس .

وقد خلاص التقرير المطول الى أن جهود وزارة القوى العاملة مازالت فى البداية حيث اقتصرحت حتى الآن على عمليات قياس مهارة العمال الفنيين غير المؤهلين والراغبين فى تسجيل مهنة ، سواء للعمل الداخلى أو للعمل فى الخارج ، كما اقتصرحت على مجموعة محدودة من المهن والأعمال ، وهذه البداية التى استغرقت أكثر من عشرين عاما يجب تدعيمها لتسرع من خطاها لوضع مستويات مهارة قومية لجميع المهن والأعمال والاختبارات القياسية المصاحبة لها ، مع جعلها إلزامية ترتبط بدخول سوق العمل وبالتدرج فيه كما ترتبط أيضا بمتوسطات الاجور . مع الأخذ فى الحسبان أنها عملية مستمرة ودائمة لان المستويات دائمة التغير والتطوير ، وقابلة للتعديل والإلغاء والاضافة وبالتبعية تتغير اختباراتنا ويتساوى أمامها أى فرد سواء كان مؤهلا أو غير مؤهل ، وكذلك أى خريج من مركز للتدريب أو مدرسة أو من سوق العمل مباشرة .
الصعوبات التى واجهت التنفيذ :

- عدم ادراج اعتمادات مالية كافية بميزانيات مديريات القوى العاملة والتدريب بالمحافظات رغم تزايد عدد المتقدمين لهذه المديريات

خاصة بعد صدور القرار الوزارى رقم ٧٧ لسنة ١٩٨٦ ومنع النقابات العمالية من عمليات قياس مستوى المهارة .
- عدم استجابة الشركات ومراكز التدريب للتعاون فى تنفيذ قياس مستوى المهارة وعدم توفر المطبوعات المستخدمة فى عملية القياس .
- عدم التزام جهات الاستخدام بتطبيق نظام قياس المهارة عند تعيين العمالة أو ترقيتها ، مما يؤدى الى عزوف القوى العاملة عن الاهتمام بالحصول على شهادات قياس مستوى المهارة .

التوصيات

على ضوء ما جاء بالدراسة المطولة التى عرضت على المجلس وما دار حولها من مناقشات يوصى بما يلى :
* استكمال ما بدىء من خطة التصنيف المهنى بحيث يغطى جميع المهن فى القطاعات المختلفة وفقا للظروف المحلية السائدة فى سوق العمل .

* أن يكون التصنيف على مستويات متدرجة فى كل مهنة بما يتناسب مع طبيعة الاعمال والمهارات اللازمة .
- وأن يحدد فى التصنيف المعارف والمعلومات والمهارات والسلوكيات والقدرات الجسمانية والنفسية اللازمة لكل مهنة .

* وضع اختبارات قومية تحت اشراف جهة مركزية ، على أن تكون هذه الاختبارات ممثلة للمعارف والقدرات والمهارات والسلوكيات اللازمة .
* ضرورة التنسيق بين أجهزة وضع البرامج التدريبية والأجهزة المسؤولة عن التصنيف عند وضع البرامج التدريبية والتعليمية .

* العمل على توفير معلومات أساسية لعائلات المهن المتقاربة حتى يمكن تسهيل اجراء التدريب التحويلي فى حالة وجود فائض فى بعضها وعجز فى البعض الآخر .

* دراسة الأسواق الخارجية التى تستخدم العمالة المصرية واحتياجاتها من الخبرات والمهارات للاستعانة بها فى وضع التصنيف المطلوب لهذه الاسواق بون أن تسند هذه المهمة للوحدات الانتاجية منعا

لحسن اختيارها كما يجب التأكد من توافر كافة المعدات والتجهيزات لدى الجهات التي يصرح لها بالقيام بعملية القياس .

* وجوب وجود تدريب تخصص دقيق للتطور التكنولوجي السريع سواء في العمليات الانتاجية أو في خطوط سير العمل ونظمه وذلك لرفع مستوى المهارة .

* ضرورة اجراء مسح سناعي لكافة عناصر الانتاج ومنها العمالة ، باعتبار أن هذا المسح هو المدخل السليم لتحديد مستويات العمالة ومهاراتها ، مما يسهم في نجاح تنفيذ الاهداف المنشودة في هذه التوصيات .

الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩

تنقل العمالة وأثره على التوازن في سوق العمل

شهد الاقتصاد المصري في أواخر السبعينات وبداية الثمانينات تقدما ملحوظا نتيجة لزيادة صادرات البترول الخام وتحويلات المصريين في الخارج . وحدثت تطورات سلبية مع بداية الخطة الخمسية (٨٢ / ٨٣ - ٨٦ / ٨٧) بالنسبة لهذه الصادرات وتلك التحويلات وكذا الدخل من السياحة . وكان لذلك كبير الأثر على قدرة الاقتصاد المصري على اتاحة عمل فرص جديدة ، الى جانب وجود فائض في بعض تخصصات العمل

من تعويق عمليات الانتاج .

* وضع برامج مستمرة للمراجعة الدورية للملاحقة التطور التكنولوجي الذي يدخل مجال الأعمال .

اصدار قانون يتضمن بصفة خاصة النص على ما يأتي :

- الزام جهات العمل بالتصنيف الذي يتم اقراره . مع تعميم مستويات المهارة وقياسها والزام جهات العمل بها .

- عدم جواز مزاوله المهنة لأى غرض الا بترخيص ، بناء على قياس مستوى مهارة العامل على ان يتم ذلك على مراحل .

- انه بالنسبة للعاملين الحاليين غير المؤهلين فتحدد فترة زمنية مناسبة يجرى بها حرمانهم من العلاوة أو جزء منها أو الترقية أو غير ذلك من الحوافز في حالة عدم رفع مستوى مهارتهم والوصول الى المستوى المطلوب ، بقصد تحفيزهم على رفع مستوى مهارتهم بعد توفير فرص التدريب اللازم لهم .

- تحديد ما يتحمل كل من اصحاب الأعمال والعمال انفسهم من المبلغ اللازم لعملية القياس ومستلزماتها إلى جانب ما تخصصه الدولة والنقابات والاتحادات العمالية والمهنية لهذا الغرض .

- تجريم من يخالف نصوصه - سواء من اصحاب الاعمال أو العمال - مع تحديد العقوبات المناسبة بعيدا عن العقوبات البدنية .

* تكليف جهاز خاص ، أو أحد الأجهزة القائمة التي تتوفر لديها الصلاحيات الفنية والخبرة الكاملة بمتابعة التنفيذ ، على أن تحدد الجهة المختصة - بناء على هذا القانون - المراحل التنفيذية له ، وعلى أن يتعاون الجهاز المختص بمتابعة تنفيذ قياس المهارة مع كافة الجهات المعنية الاخرى - التي تمثل في مجموعات العمل واللجان المختلفة - بحيث يلتزم الجميع بما يتم الاتفاق عليه حتى تصدر مستويات المهارة وقياساتها في صورة سليمة .

* توفير الكوادر الفنية اللازمة لعملية قياس مستوى المهارة وذلك بتدريبها بعد اختبارها الاختبار السليم ، على ضوء المعايير التي توضع

- العمل والبطالة : من أشكال تنقل العمالة التحرك من حالة البطالة الى حالة التشغيل وبالعكس .

- القطاع : يمكن للفرد ان ينتقل من قطاع لآخر (حكومي ، عام ، تعاوني ، خاص ويشمل المشترك والأجنبي) .

- النشاط الاقتصادي : الزراعة ، المناجم ، والمهاجر ، التشييد والبناء ، وغيرها .

- المهنة : أصحاب المهن الفنية والعلمية ، المديرون والاداريون ومديرو الأعمال ، القائمون بالأعمال الكتابية ، وغيرهم .

وأوضحت الدراسة بعض النتائج الأولية لمسح عمالة التشييد والبناء - كمثال واضح - والذي قام بها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (١٩٨٨) من خلال مشروع انشاء نظام لقواعد بيانات العمالة في مصر كالآتي :

• أدى ارتفاع الطلب على العمالة في قطاع التشييد والبناء ، وهجرة جزء كبير منها الى الخارج - الى تدفق العمالة من القطاع الزراعي الى هذا القطاع ولم تعوض هذه العمالة المهاجرين من العمالة الماهرة بقطاع التشييد والبناء ، وكان المصدر الاساسي للعمالة الماهرة هم الداخلين الجدد الى قوة العمل عن طريق نظام التلمذة الصناعية .

• اتضح أن ٧٥٪ من الانتقالات الى المهن المتخصصة مصدرها خارج قوة العمل ، مقابل ٤٧٪ بالنسبة للمهن البسيطة (التي لا تتطلب مستوى مهاريا معينا) وأن المصدر الاساسي للانتقالات الى المهن البسيطة - إلى جانب الداخلين الجدد الى قوة العمل - هو المهنة الزراعية التي وفرت ٤٣٪ منها .

• تبين أن الانتقال الى خارج مهنة التشييد والبناء حدث كالآتي : تحول ٣٢٪ من الذين عملوا سابقا في مهنة متخصصة الى مهن انتاج خارج قطاع التشييد ، ٢٢٪ منهم الى مهنة النقل ، وتحول ٤٥٪ من الذين عملوا سابقا في مهن بسيطة الى الخدمات ، ٢١٪ الى الزراعة وهذا التحول نحو الخدمات يعكس توجه العمالة المسنة غير الماهرة نحو

وعجز في بعضها الآخر ، مما تسبب في اختلال التوازن بين جانبي العرض والطلب على العمالة في سوق العمل ، وصاحب ذلك تنقل عشوائي للعمالة من الريف الى الحضر للحصول على فرص عمل تحقق مستوى معيشيا أفضل .

وتفتقر دراسة موضوع تنقل العمالة (الجغرافي والمهني والقطاعي) بوجه عام الى البيانات والدراسات خاصة المتعلقة بشكل وموجهات العلاقة بين تنقل العمالة والاختلالات في سوق العمل في مصر .

من أجل هذه قام المجلس بدراسة هذا الموضوع على ضوء التقرير المطول الذي عرض عليه والذي يخلص موجزه فيما يأتي :

مجالات التنقل في سوق العمل في مصر :
- تنقل العمالة بين القطاعين العام والخاص .
- تنقل العمالة بين القطاعين الخاص الحضري ، والخاص الريفي غير الزراعي .

- تنقل العمالة بين القطاعين الزراعي و الخاص الحضري .
- تنقل العمالة بين القطاعات : الخاص الحضري والريفي غير الزراعي ، والزراعي .

- تنقل العمالة بين القطاعين المنظم (الرسمي) وغير المنظم (غير الرسمي أو الهامشي) ، على أن بعض حالات التنقل السابقة قد تكون مندرجة بين هذين القطاعين .

- تنقل العمالة بين سوقى العمل المحلي والأجنبي .
وقد أوضحت الدراسة بالنسبة لهذا المجال أن الهجرة للعمل في دول النفط قد أدت إلى حدوث انتقال ليس فقط من حيث محل الإقامة والعمل ، بل أيضا من حيث حدوث تغيير في النشاط الاقتصادي والمهنة والحالة العملية للمهاجرين .

من أنواع تنقل العمالة :
- الموقف من قوة العمل : يمكن للفرد أن ينضم لقوة العمل أو يخرج منها .

العمل كخبراء وحراس .

* يكاد يكون التنقل داخل مهن التشييد معدوماً بين المهن البسيطة والمهن المتخصصة ، حيث تمثل ٢٪ من اجمالي التنقلات الى المهن المتخصصة ، وأن هناك صعوبة في الانتقال بين المهن المتخصصة ، حيث تمثل ٧٪ من اجمالي التنقلات الى هذه المهن .

* تعتبر السن من محددات التنقل بين المهن فهي تتراوح بين ١٥ - ١٨ سنة بالنسبة للمهن المتخصصة (صفر السن شرط أساسى للداخلين الجدد الى قوة العمل لاكتساب المهارات) ، وتصل الى عشرين سنة تقريباً للداخلين الى المهن البسيطة ، ويدل ذلك على أن قطاع التشييد والبناء يستوعب العمالة الشابة التي يستغنى عنها فيما بعد مع تقدم سنها .

* الحالة العملية : أن يعمل بأجر أو يعمل لحسابه أو لا يستخدم أحد أو صاحب عمل ويستخدم آخرين أو يعمل لدى الأسرة بدون أجر .

* محل العمل ومحل الإقامة (التنقل الجغرافى ويشمل الهجرة الداخلية والخارجية) وأوضحت الدراسة أهمية الدور الذى لعبه قطاع التشييد والبناء فى هجرة العمالة المصرية للخارج ، وعرضت لبعض نتائج ذلك من مسح عمالة التشييد التى سبقت الاشارة اليها والتى تلخص فى أن هناك فقداً صافياً لعمالة قطاع التشييد والبناء تبلغ نسبته ٤.٥ ٪ .

• العمل الثانى : قد يحدث نتيجة الانتقال للعمل الثانى تحرك فى عناصر التنقل الأخرى كالمهنة والقطاع والنشاط الاقتصادى ومستوى المهارة .

اختلال التوازن فى سوق العمل فى مصر :

ان ارتفاع معدلات البطالة السافرة فى سوق العمل المصرى يدل على عدم التوازن بين المعروض والمطلوب من عنصر العمل ، وقد اسفرت بيانات تعداد السكان سنة ١٩٨٦ عن أن حجم البطالة وصل الى ٢.٠١

٥٥٨

مليون بنسبة ١٤.٧٪ من اجمالى قوة العمل وذلك للأفراد من سن ست سنوات فأكثر .

ويؤخذ على هذا التقدير :

- أن البطالة احتسبت من سن ٦ سنوات فى حين أن مرحلة التعليم الاساسى تنتهى فى سن ١٥ سنة .

- أن بيانات استمارات التعداد تضمنت أن هناك بطالة جزئية أكثر من كونها بطالة صريحة .

ومهما كان مدى ارتفاع رقم البطالة - المبني على ارقام تحتاج الى تدقيق وتأصيل فالواضح انها اتخذت اتجاهاً صعباً بين تعدادى ٧٦ ، ١٩٨٦ ، وان نسبتها تختلف من محافظة لأخرى .

وترتفع معدلات البطالة بين الخريجين الجدد بالذات فقد تزايدت نسبتهم الى جملة المتعطلين من ٩٠٪ فى عام ١٩٧٥ الى ٩٤٪ فى عام ١٩٨٢ ، ويرجع ذلك فى جانب كبير منه الى طبيعة ونوعية النظام التعليمى السائد ، فالتعليم الاساسى حل محل التدريب الحرفى الذى يتلقاه الصغار من أبناء الزراع والحرفيين ، وعجز - لقصر مدة تطبيقه - عن التكيف مع احتياجات المجتمعات المختلفة ، بالإضافة الى عوامل أخرى تعوق النظام التعليمى ككل .

وقد فسر اختلال التوازن الذى يعانى منه سوق العمل المصرى فى جزء كبير منه بالجمود وضعف تنقل العمالة ، سواء بين الأسواق الجزئية أو بين المهن ومستويات المهارة .

أهم العوامل المؤثرة فى تنقل العمالة :

- الأجور : حيث يلعب مستوى الأجور والتكسب دوراً أساسياً فى تنقل القوى العاملة ، وأوضحت الدراسة ما يحدث فى قطاعات الحكومة والعام والخاص ، وكذا الاجر بالنسبة لمستوى المهارة ، والأجر والعمل اليدوى وغير اليدوى ، والتمييز فى الاجر على أساس النوع : ذكورا واناثا .

– التعليم والتدريب : فقد أثر على قدرة الفرد على التنقل داخل سوق العمل ، وعلى العمل في الخارج .

– الوظيفة الاولى ومستوى التفرغ الفعلى : ويقصد بها تغير الوظيفة أو الحصول على عمل ثان وما يرتبط بهما من حدوث تنقل في عدة عناصر .

– العمر والنوع : لما كان للتركيب النوعي والعمرى للسكان أثر على الاسهام في النشاط الاقتصادي ، وعلى طبيعة النشاط والحالة العملية – فان لهما بالتالى تأثيرا على تنقل العمالة داخل سوق العمل على كل محور من محاورها .

– الخبرة السابقة : لها أثر على احتمالات التنقل بين القطاعات والأنشطة والمهن ، وغيرها .

– الحالة الزوجية : ان للحالة الزوجية ، وخاصة بالنسبة للنساء ، تأثيرا على التنقل ، لاسيما الجغرافى .

– الخلاصة والتائج :

وقد خُصص التقرير المطول الى ما يأتى :

– أن العوامل والعناصر المختلفة لانتقال العمالة بين اسواق العمل الفرعية والمهن والقطاعات والأنشطة الاقتصادية والمستويات المهارية ، تؤدي بوضعها الراهن الى استمرار الاختلال في السوق بين جانبى العرض والطلب على العمالة الى جانب التزامن بين الفائض والعجز في العديد من المهن والتخصصات المطلوبة لخطط التنمية .

– أن تنقل العمالة هو أحد المحاور الرئيسية التى يمكن للمخطط أن يستخدمها في التخفيف من حدة الاختناقات في سوق العمل المصرى .

– ان مصر كغيرها من الدول النامية ، يمكنها تخطي هذه المشكلة من خلال دراسة الوضع الراهن لسوق العمل ، ومعالجته عن طريق التدريب التحويلي ، بحيث يمكن التحول من التخصصات ذات الفائض

الى التخصصات التى تعاني عجزا في العمالة ، الى جانب تمويل المهارات التى يفتقدها سوق العمل نتيجة للهجرة الخارجية أو الداخلية .

التوصيات

وعلى ضوء التقرير الموسع ومادار حوله من مناقشات مستفيضة بالمجلس وكذلك دراسات المجلس في دورته السابقة عن تخطيط القوى العاملة ، وإعداد وتنمية الموارد البشرية ، والتنمية الريفية ، والهجرة الداخلية ، وهجرة العمالة المصرية الى الخارج ، وسياسة توزيع الخريجين .

يؤكد المجلس على ضرورة إعمال توصياته السابقة بشأن دراساته عن القوى العاملة ، وخاصة ما يأتى :

* أن تستهدف الخطط سد الثغرة بين معدل تزايد السكان – وبالتالي تزايد القوى العاملة – وبين معدل ماحققه برامج ومشروعات التنمية من زيادة فرص العمل ، وذلك باشتغال هذه الخطط على برامج محددة تحقق هذا الغرض وفى مقدمتها برامج تنظيم الاسرة .

* ان توجه الاستثمارات المتاحة بطريقة صحيحة لتنفيذ خطط التنمية ، وذلك بمراعاة الاستخدام الأمثل والكامل لقوة العمل ، خاصة من العمالة النسائية .

* أن يتم تحقيق التوازن الكلى أو الكمى بين اجمالى القوى العاملة المتاحة وبين مجموع فرص العمل ، مقترنا بتوازن نوعى ، بحيث يتحقق التوازن بالنسبة لمختلف انواع المهن ومستويات المهارة والفن .

* ان يبذل مزيد من الاهتمام والجدية لتنفيذ برامج التدريب التحريكى للعمالة الزائدة في وحدات الحكومة والقطاع العام .

* ان تتضمن سياسات الاستخدام – بالإضافة الى توسيع فرص العمل لتحقيق الاستخدام الكامل – اتخاذ التدابير والوسائل الكفيلة بحماية العمال من خطر التعتل ، وحصر التغيرات غير المناسبة للعمل

عند أدنى حد مستطاع .

* ان توجه عناية خاصة لاهدار تشريع متكامل للثروة البشرية ، اعدادا وتنمية وتدريباً على ان يتضمن هذا التشريع بصفة خاصة ما يأتى :

- تنظيم التلمذة الصناعية .

- نظاماً مرناً ومتكاملاً للحوافز .

- ان يترك لكل قطاع تنظيم شئون التدريب فى نطاقه .

وعلى ضوء ما سبق يوصى بما يأتى :

* اعتبار البعد المكانى / السكانى هدفا رئيسيا لاستراتيجية التنمية بما يحقق التوازن المتمثل فى نمط للتوطن السكانى والاقتصادى يخدم اهدف التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

* دفع الطاقة الاستيعابية وترشيد استخدام الموارد المادية والبشرية من خلال اصلاح البنية الاساسية ودعمها .

* دعم القدرة الذاتية للاقتصاد المصرى لتحقيق استمرارية التنمية توكيدا لمبدأ الاعتماد على الذات ، ولما كانت الموارد البشرية جزءاً من الموارد الاقتصادية فان تنميتها تمثل ضرورة فى المجتمعات ذات الوفرة السكانية ، عن طريق رفع نسبة قوة العمل الى اجمالى السكان وبالتالي خفض معدل الاعالة وزيادة الانتاجية مع التركيز على حسن استخدامها ، من خلال توفير القدر اللائم من المهارات والتعليم والسلوكيات ، حتى يتحقق التوازن بين نوعيات الموارد الاخرى غير المتاحة .

* وضع سياسات متوازنة مع هيكل متوازن للعمالة وسوق العمل تحقيقاً لمستوى معيشى أفضل (كما ونوعاً) للكثرة من افراد المجتمع ، حيث ان هناك ارتباطاً وثيقاً بين هيكل وتركيب قوة العمل وأنماط الاستخدام وتوزيع تلك العمالة وظيفياً وقطاعياً وجغرافياً وبين هيكل توزيع الدخل فى المجتمع .

٥٦ .

* اعتبار تخطيط الاجور جزءاً متكامل مع عملية التخطيط الشامل للتنمية الاقتصادية والاجتماعية . وتستهدف هذه السياسة التخطيطية للاجور العمل على :

- ضرورة ربط الاجر بالانتاج بعدم السماح باتباع معدل للاجر يزيد عن معدل الزيادة فى متوسط الانتاجية ، وذلك وفقاً لمعدلات الاداء المتعارف عليها حتى يمكن تحقيق فائض اقتصادى كاف للاستمرار فى تمويل التنمية والوفاء بالالتزامات الخارجية المتزايدة . ويقتضى ذلك ضرورة أن تتضمن السياسة الاجرية سياسات واضحة وفعالة للحوافز الدافعة لزيادة الانتاج .

* اتباع منهج التخطيط طويل المدى مع مستخرجات التعليم والتدريب (التأهيل) فنياً وزمنياً - بتطوير اساليبها على ضوء قوة العمل ، بحيث تستهدف الخطة استيعاب الأعداد المتزايدة من العمالة الجديدة والخفض التدريجى لعدد المتعطلين الى جانب تحديد نوعية المهن المطلوبة بما يمكن أجهزة التعليم والتدريب والتأهيل من تنظيم وترتيب أساليب أدائها ، بهدف تحقيق التوازن العددي والنوعي بين العرض والطلب عليها دون اختناقات أو فوائض غير مرغوب فيها .

* اتخاذ نظم الحوافز وسيلة لتنفيذ السياسات المطلوبة للتوزيع الجغرافى للقوى العاملة بعد أن اثبتت الدراسات أن القوى العاملة فى مصر تتمتع بحركة كبيرة لاتتفق مع ما يشاع عن ارتباط المصرى بأرضه ارتباطاً يمنع من الانتقال الى أى مكان آخر .

* ايجاد سياسات استثمارية فى اطار مؤسسى متكامل حتى يمكن خلق فرص عمل حقيقية جديدة .

* وضع السياسات الكفيلة بتنظيم وحسن توجيه الهجرة الداخلية والخارجية حتى يمكن أن تكون أحد الحلول المتاحة لمشكلات العمالة فى مصر ، وتحقيق التوازن بين المكان والسكان داخلياً ، وبين العائد منها واحتياجات السوق الداخلية مع اطلاق عدد سنوات الاعارة والاحتفاظ

يتم ذلك بصفة رئيسية من خلال الاعمال الدرامية وليس بالاعلام المباشر وحده .

مساهمة المرأة في قوة العمل

أوصت المؤتمرات الدولية والمحلية الخاصة بالمرأة والأسرة ، والتي عقدت في مناسبات عديدة ، وفي دول ومنظمات ومناسبات دولية مختلفة ، منذ عام ١٩٦٤ وحتى الآن - بضرورة الاهتمام بحل مشكلات عمالة المرأة ، وأهمية ادراك وتقدير الظروف الاجتماعية المتغيرة والمترتبة على استغلال النساء خارج منازلهن ، وتزايد عددهن كجزء أساسي ومهم في قوة العمل . وضرورة التوفيق بين مسؤولياتهن المزدوجة في الأسرة والعمل . وبالتالي ضرورة رسم السياسات المناسبة لكل دولة بهدف انشاء وتطوير الخدمات التي تمكن النساء من الوفاء بمسؤولياتهن في العمل كقوة منتجة هامة لا يمكن تجاهلها ، وفي المنزل كصانعات لأجيال المستقبل .

وتعتبر السن الحرجة للمرأة العاملة المتزوجة ما بين ١٨ - ٤٠ سنة فهي سن الزواج والانجاب وتربية الأطفال حتى دخولهم مدارس المرحلة الاساسية الالزامية ، وتبلغ مدة المرحلة في المتوسط ما بين ٨ - ١٥ سنة ، تكون الفتاة عادة قبلها متفرغة للتعليم ، وبعدها تصبح عضوا في سوق

بحقوق المعار لدى انتهاء اعارته دون تحقيق انتقاص ، وكذلك اطلاق الاجازات الخاصة بنون مرتب ، دون الزام الطالب بالتقدم بأسباب طلبه .

* ضرورة المواجة بين التشريعات التي تصدر وبين سوق العمل من خلال توجيه أداء الاطار المؤسسي والتشريعي لسوق العمل ، وأن تقوم الحكومة بترشيد تدخلها المباشر في سوق العمل مثل نظام القوى العاملة (تشغيل الخريجين) والتكليف بالعمل .

* الاهتمام بالقطاع الخاص وعلى الأخص القطاع الزراعي (لاسيما غير المنظم أو غير الرسمي أو الهامشي) لقدرة هذا القطاع على استيعاب فائض العمالة وبخاصة فائضها من العمالة الريفية ، والحد من تيارات الهجرة الداخلية مع رفع مستويات دخول العاملين به الى جانب انه يتسم بانخفاض ربح الاموال اللازمة لبدء العمل والتوسع فيه .

* توفير قاعدة للبيانات والمعلومات فيما يتعلق بشكل وموجهات العلاقة بين تنقل العمالة وبين الاختلالات في سوق العمل ، من خلال اضافة بعض الاسئلة لتعدادات السكان المستقبلية ، ولبحوث القوى العاملة بالعينة التي يجريها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، ماذا من خلال اجراء المسوح بالعينة المتخصصة في هذا المجال ، وذلك لسد الفجوات الموجودة بالنسبة لمايلي :

- قياس تنقل العمالة بين المهاجرين والعوامل التي ساعدت عليها ، ومقارنة ذلك بالجمود النسبي الذي ساد سوق العمل المحلية وأدى الى حدوث عدم التكيف .

- تنقل العمالة من القطاع الحكومي الى القطاع غير المنظم ، عن طريق الحصول على وظيفة ثانية .

* أن توجه وسائل الاعلام - وخاصة التلفزيون - عنايتها لابرار أهمية العمل وقيمه ، مع التركيز في ذلك على قيمة العمل اليدوي . وأن

التوصيات

وعلى ضوء ما جاء بالتقرير المطول وما أسفرت عنه مناقشات المجلس بصدده يوصى بالآتى :

* وضع خطة قومية لمحو أمية المرأة بصفة عامة ، والبدء بصفة خاصة بمن هن فى سن العمل والانتاج والانجاب ، وتحديد مدى زمنى معين لتنفيذ هذه الخطة .

فالأم المتعلمة أقدر ما تكون على تحمل مسئولية تنمية الانسان وتنشئته ورعاية وتكامل تكوينه ، وفى نفس الوقت أقدر ما تكون على توفير أوضاعها وأنشطتها المزدوجة فى العمل والانتاج داخل وخارج المنزل ، على أن يشارك فى رسم وتنفيذ هذه الخطة المؤسسات الحكومية والانتاجية والاهلية المعنية ، مع تحديد واضح للأدوار والمسئوليات ومتابعة التنفيذ والنتائج ، ويمكن فى هذا الصدد الأخذ بالخطة القومية لمحو الأمية التى أعدها المجلس القومى للتعليم فى دورته الثانية .

* دراسة وتطوير مجالات تعليم المرأة ، سواء فى مجالات تقليدية أو غير تقليدية تتناسب مع طبيعتها الانسانية وظروفها الاجتماعية الأسرية وأوضاعها الاقتصادية وقدراتها والبحث عن مجالات عمل وانتاج جديدة لها تكون فيها أكثر تفوقاً وأغزر انتاجاً ويمكن فى هذا الصدد الأخذ بالتوصيات المتفرقة التى صدرت عن المجلس القومى للتعليم فى دوراته السابقة (السادسة ، الثامنة ، التاسعة ، العاشرة ، الحادية عشرة ، الثانية عشرة) .

* ضرورة فتح مجالات التدريب المهنى امام المرأة فى مختلف مراحل حياتها ، بهدف استمرار اكتسابها واتقانها للمهارات والمعارف والقدرات التى تتناسب مع ميولها وامكانياتها وقدراتها فى المهن والاعمال التقليدية وغير التقليدية التى ترغب فى العمل بها ، داخل أو خارج المنزل ، وبما يتفق واحتياجات وظروف البيئة والمجتمع مع توفير فرص التدريب العادى والمتقدم وفق احتياجات مجتمعات المرأة وسوق العمل المحلى

العمل ، لديها الشعور بالمسئولية والادراك والوقت للمشاركة فى الانتاج أو وقت فراغ يجب استثماره فى العمل الاقتصادى المفيد . وبالتالي ينبغي تشجيع الدراسات والبحوث الجادة لأفضل الوسائل لرعاية المرأة العاملة خلال هذه الفترة ، لتعطى الاهتمام الاول لواجباتها ومسئولياتها الأسرية ، مع تخفيف الضغوط الاقتصادية التى تواجهها فى تلك الفترة التى تقل فيها قدراتها وانتاجيتها وتتحدد اهتماماتها .

من أجل هذا قام المجلس بدراسة موضوع مساهمة المرأة فى قوة العمل على ضوء التقرير المطول لأوضاع المرأة العاملة ، الذى تضمن بياناً بأهم المشكلات والصعوبات التى تواجه المرأة العاملة فى مصر لمشاركة الرجل فى العمل فى مختلف الأنشطة التى يتطلبها سوق العمل ، الذى أوضح وسائل العلاج الرئيسية لمواجهة هذه المشكلات والصعوبات ، بما يتيح للمرأة العاملة المساهمة الفعالة فى زيادة الانتاج ورفع الانتاجية ، وهو الهدف المحورى فى المرحلة الراهنة الذى يتعين أن توجه اليه جهود كافة المواطنين القادرين على العمل رجالاً ونساء .

على أنه بالنسبة للاحصاءات والبيانات التى عول عليها التقرير المطول ، والتى أفسح لها مكاناً بارزاً - فقد اعتمد فيها على المصادر الرسمية المتاحة فى هذا الصدد ولا يقدح فيما انتهى اليه استخلاصاً منها من دلائل واستنتاجات أن بعضها عن سنوات سابقة .

وقد هدف التقرير بصفة أساسية الى تحقيق مستقبل أفضل ينمى الفترة الانتاجية للمرأة - نصف المجتمع - ويساعدها فى نفس الوقت على أداء رسالتها الطبيعية الأسرية فى ظل الثقايد الاجتماعية والثقافية السائدة فى هذا المجتمع المصرى ، مع الأخذ فى الاعتبار باتجاهات التطور العالمى فى الصدد والظروف الاقتصادية والتطلعات المستقبلية المتوقعة .

والخارجي ، سواء في مراكز خاصة بها أو مراكز مشتركة وتقنين مستويات مهاراتهم بعد التدريب لتمكنهم من الحصول على فرص عمل مناسبة .

* تطوير أنشطة ومراكز التدريب المهني المختلفة (مراكز التكوين المهني ، مراكز تدريب الاسر المنتجة ، مراكز جمعيات تنمية المجتمع ، مراكز تدريب الشركات الصناعية ، وغيرها) بما يتفق واحتياجات تدريب المرأة في المهن المناسبة لها والتي يحتاجها سوق العمل في البيئة المحيطة بهذه المراكز وجعلها مراكز اشعاع اساسية تقدم الخدمات التدريبية والاستشارية والتصميمات والرسومات الجديدة وغيرها وتتيح فرص التدريب المناسبة للمرأة داخل المنزل (بواسطة مدربات متخصصات ، أو استخدام وحدات تدريب متنقلة أو انشاء وحدات تدريب متقدمة في القرى والنجوع النائية ولأعداد محدودة وفترات مؤقتة وغير ذلك من أساليب ونظم تتيح التدريب لمن يرغب من النساء والاطفال في أصغر وحدة ادارية) ويمكن الاستفادة من تجارب دول كثيرة في مثل هذه النظم ، وكذلك من المنح والمعونات الأجنبية .

* التوسع في نشاط الاسر المنتجة وتعميم مشروعاتها في الريف والمدن ، وتنويع مجالات عملها وأنشطتها وإنتاجها ، وتوفير فرص العمل وتطوير وتحديث هذه المنتجات والأدوات المستخدمة فيها ، والتي تحقق بجانب الوفرة الدقة والذوق والكفاءة .

* حصول المرأة العاملة على اجازة وضع ورضاعة لمدة حولين كاملين مع تناولها ما يوازي اجرها اثناء هذه المدة في صورة قرض حسن يسدد على أقساط شهرية حتى سن المعاش على أن يمنح هذا القرض عن ميلاد طفلين فقط مما يساعد على استقرار اقتصاديات الأسرة خلال هذه المرحلة الهامة في حياة المرأة العاملة المتزوجة ، وكذلك في حياة جيل المستقبل .

* الزام جهات العمل المختلفة بالتوسع في تكوين شبكة مواصلات

لتنقل العاملين بها من أقرب نقطة تجمع لمنازلهم الى مقر أعمالهم ، مع اعطاء أولوية الاشتراك للمرأة المتزوجة ويمكن أن يساهم في هذا النشاط بنك ناصر الاجتماعي والبنوك المختلفة وجمعيات أو روابط العاملين في هذه الجهات مع توفير القروض الميسرة لتمويل هذا النشاط .

* تنشيط حركة الرائدات الريفيات وتحسين مستواهن الثقافي والفني من أجل القيام بأعمال التوعية الثقافية والصحية والاسرية بين النساء في الريف والاهتمام بإنشاء مزيد من النوادي النسائية لاكتساب المرأة المهارات اللازمة لتطوير وتنويع وتوسيع مشاركتها في الانتاج الزراعي والمنزلي ، سواء للاستخدام الخاص أو للحصول على دخل اضافي منه .

* تعميم انشاء دور الحضانه بالمستوى الصحي والعلمي المناسب ، بحيث يتوفر مكان فيها لكل طفل أنهي الرضاعة وتكون هذه الدور معدة الاعداد اللائق والمناسب ، متوفرة بها الشروط الصحية والتجهيزات اللازمة والكفاءات المؤهلة للعمل فيها وإدارتها والإشراف عليها مع توزيعها جغرافيا حسب احتياجات كل حي أو منطقة ، حيث ان هذه المرحلة من حياة الطفل تعتبر من أخطر المراحل في تكوين شخصيته المستقبلية .

* الاهتمام في البرامج الاذاعية والتلفزيونية والاعلامية بمناقشة علاج مشكلات المرأة العاملة ، وفتح مجالات العمل المناسب لها وتطويرها وزيادة فرصها المستقبلية . باعتبار أن هذه البرامج تلعب دورا هاما في عملية التنفيذ والتطوير والتجديد بما تقدمه من مادة اعلامية وثقافية ، ومن دراسات وتجارب ونتائج من خلال البرامج ، بجانب ما لهذه البرامج من تأثير فعال لاحداث التطوير المطلوب في تثقيف المرأة وتفهمها لدورها الاسري وامكاناتها الانتاجية وأنشطتها العملية في المجتمع .

الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠

سياسة

الأجور والأسعار

تمثل قضية ربط الأجور بالأسعار في مصر ، تحديا اقتصاديا حقيقيا بكل ما تعكسه هذه القضية الهامة من آثار سلبية . وقد عانى الاقتصاد المصرى من الافتقار الى سياسة تخطيطية للأجور والأسعار ، يمكن بواسطتها تحقيق التوازن بينهما . وقد لجأت الدولة - منذ الخمسينات - الى الدعم كوسيلة بديلة لتحقيق هذا التوازن . ومع مرور الاعوام تضاخت اعتمادات الدعم بحيث اصبحت تشكل عبئا ثقيلا على ميزانية الدولة ، في ذات الوقت الذى لم يحقق الدعم الغرض المرجو منه وانما أصبح عرضة للكثير من أنواع التلاعب واستخدامه كوسيلة من وسائل ترويح عمليات السوق السوداء التى ذهبت بأموال الدعم الى غير مستحقة مما أدى الى تصاعد مستمر فى الأسعار .

وقد يتطلب الأمر إحداث تغيير جذرى شامل فى العوامل المؤثرة فى سياسات الأسعار والأجور كملاج للخلل فى العلاقة بين التكلفة والسعر وتحقيق استقرار سعري على أساس التكلفة الاقتصادية ، وإعادة النظر فى الدعم المخصص لتثبيت السلع الأساسية ، واتخاذ التدابير الرقائية لوقف الارتفاع العشوائى للأسعار . مما يقتضى بحث متغيرات

٥٦٤

الأسعار وسياسات الأجور وكيفية التوازن بينهما ، ويخلص ذلك فى النقاط الآتية :

أولا : تغيرات الأسعار :

تخضع حركة الأسعار لكثير من المؤثرات الخارجية والداخلية تتصل بالتجارة الدولية وسوق النقد الدولى من ناحية وبمستوى الدخل وقوى العرض والطلب السلع والتباين فى توزيع الدخل ومعدلات تزايد السكان من ناحية أخرى وذلك بالإضافة الى عوامل تخرج عن ارادة الانسان وتؤثر فى قوى العرض السلع كالعوامل الطبيعية التى تؤثر على حجم المحاصيل الزراعية ، وتلك التى تؤثر على كمية الطاقة المستخرجة من المصادر الطبيعية ، لذلك تركز سياسة الأسعار على محاولة توجيه حركتها بصفة عامة لتكون متوازنة مع حركة الأجور . وفى اطار هذه السياسة قد تلجأ الدولة الى أحد نظامين :

« سلة الأسعار » ، وذلك بتثبيت أسعار بعض السلع الأساسية أو خفض نسبة زيادتها مع تحملها الفرق بين السعر الحقيقى وسعر السوق وهو ما يطلق عليه الدعم وبهذا تعتبر سياسة الدعم جزءا لا يتجزأ من سياسة الأجور والأسعار وليست سياسة قائمة بذاتها ، وهو ما كانت تلجأ إليه الدولة فى الفترة الماضية . أما النظام الآخر فهو :

« السلم المتحرك » وذلك برفع الأجور النقدية بما يقابل معدلات ارتفاع الأسعار طبقا لنسب وشرائح مدروسة - وهو ما تحاول أن تلجأ اليه الدولة حاليا .

ولقياس التغيرات التى تطرأ على أسعار السلع والتعرف على اتجاهات الأسعار فى الأسواق ، تستخدم الأرقام القياسية لأسعار المنتجين وأسعار الجملة وأسعار المستهلكين ، وتفيد دراسة الأرقام القياسية لهذه الأسعار فى معرفة مايتأتى :

- القوة الشرائية للنقد ، بالنظر الى أن هذه القوة تتناسب تناسبا عكسيا مع الرقم القياسى للأسعار .

- قياس التغير فى أعباء نفقات المعيشة على فترات دورية كنتيجة للتغير المستمر فى مستويات الأسعار .

- قياس مدى التغير فى الأجور الحقيقية للعاملين وذلك بقسمة

الأجور الجارية على الرقم القياسى لأسعار المستهلكين .

– عمل الحسابات القومية لتخليص الدخل والمجاميع القومية ، من آثار تغير الأسعار .

وتوضح المؤشرات المستفادة من البيانات الأخيرة التصاعد المستمر فى معدلات زيادة الأسعار ، بما يتجاوز قدرات مختلف الفئات والأفراد .

هذا وتعتبر السياسة المالية فى الفترة الماضية أحد العوامل الرئيسية فى تصاعد الموجة التضخمية ، نظرا لاعتماد هذه السياسة على الأنون الحكومية فى تغطية الاصدار النقدى والاستمرار فى تطبيق سياسة التمويل بالمعز .

أما فى مجال القوى المؤثرة على الأسعار فان الارتفاع المنظم والمطرود قد يكون من بين أسبابه السياسة غير الواضحة التى تتبعها الدولة فى ضبط الأسعار حيث تخضع أسعار بعض السلع لرقابة صارمة ، فى حين تترك سلع أخرى دون أية رقابة مما يؤدى الى ارتفاع أسعارها دون ضوابط . كما أن السياسات التى اتبعت خلال الفترة الماضية ، كرفع أسعار الفائدة على القروض مع تحميل أعبائها على تكلفة الاستثمار وقرارات فرض الضريبة على الاستهلاك وفرص الكثير من الرسوم الأخرى – كل ذلك أدى الى المساهمة فى تصاعد موجة الأسعار اضافة الى ما أحدثته هذه القرارات من أثر نفسى على حركة السوق ، مما أدى الى استمرار الدورة التضاعدية للأسعار .

ثانيا : سياسات الأجور الحالية :

تعد سياسة الأجور من أهم السياسات التى يجب التخطيط لها داخل الاطار العام للتخطيط الاقتصادى الاجتماعى الشامل باعتبارها المصدر الأساسى للكسب لغالبية الأفراد فى المجتمع أيا كان نظامه الاقتصادى والسياسى . ومن المسلم به أن الأجور فى جملتها هى نصيب عنصر العمل من عائد الانتاج ممثلا فى كل ما يحصل عليه

العامل من أجر وبدلات وحوافز ومنح ، وخدمات وتيسيرات عينية كالمسكن والمواصلات والوجبات الغذائية ونفقات العلاج ، وغيرها ، وبهذا ينظر الى اجمالى الأجور مقارنا بمجموع الدخل القومى – كمقياس لتوافر العدالة الاجتماعية بوجه عام . وتتراوح هذه النسبة فى مختلف الدول ما بين ٣٠٪ و ٧٠٪ وقد تتجاوز ٧٠٪ فى بعض الدول الرأسمالية المتقدمة . وتعتبر الأجور من العوامل الرئيسية المحددة للرواج والرخاء وتتأثر باعتبارات وعوامل عديدة كالانتاجية وتكاليف المعيشة وعوامل التضخم ، ولذلك فان من أهم مقومات سياسة الأجور متابعة حركة كل من الأجور النقدية والأسعار على فترات دورية ، والعمل على تحقيق التوازن بينهما . وتتطلب هذه المتابعة توافر الإحصائيات الدقيقة الخاصة بكل من الأجور والأسعار ونفقات المعيشة . وسياسة الأجور الحالية فى مصر بحاجة الى التخطيط المحكم ، حتى يتم تمويل زيادة أجور العاملين من مصادر تمويل حقيقية كما أن نظام الحوافز المعمول به حاليا لا يحقق الغرض منه ، حيث لا يرتبط فعليا بزيادة انتاجية العامل بل يتخذ فى الواقع كاجراء تصحيحى لمعالجة القصور فى سياسة الأجور .

هذا وقد تطورت الأجور منذ عام ١٩٧٤ من خلال عدد من التعديلات التى اجريت فى الأعوام ١٩٨٠ ، ١٩٨١ ، ١٩٨٢ ، ١٩٨٤ ، حيث تراوحت نسبة الزيادة فى الحد الأدنى لأجور العاملين بالقطاعات الحكومية والعام ما بين ١٦.٦٪ – ٣٣.٣٪ ، وهى معدلات نمو معقولة نسبيا ساهمت فى رفع متوسط معدل الزيادة السنوية خلال الفترة كلها بنسبة ١١.٩٪ كما ساهمت فى تعديل الحد الأدنى للأجور مرتين الأولى خلال عام ١٩٨٠ حيث ارتفع الحد الأدنى بنسبة ٦٦.٦٪ ، والثانية حين زاد هذا الحد حوالى ٢٥٪ عام ١٩٨١ وعلى الرغم من هذه الزيادات فى الأجور فانها لم تواكب الزيادة فى نفقات المعيشة ، التى بلغ متوسط معدل النمو السنوى لها خلال نفس الفترة حوالى ١٥٪ ، وقد كان لهذا

الوضع تأثيره على انخفاض القيمة الحقيقية للأجور إذ بلغت نسبة الزيادة في الحد الأدنى النقدي للأجور في القطاعين الحكومي والعام حوالي ٩١٪ ، وفي القطاع الخاص حوالي ١٠٨٪ ، وذلك مقابل ارتفاع الأرقام القياسية لأسعار المستهلكين بنسبة ٢٧٢.٢٪ خلال عشر سنوات بالمقارنة ما بين عامي ١٩٧٤ - ١٩٨٤ .

ويلاحظ تغير جميع هذه المعدلات في السنوات الأخيرة ، بما يفوق كل التصورات .

وتشير الأوضاع السابقة الى أهمية إعادة النظر في سياسة الأجور الحالية وتصحيح مسارها وتطبيق سياسة جديدة ، تؤدي الى زيادة النشاط الاقتصادي وترتبط بالانتاج وتواجه التضخم ، وتحول دون تسرب الكفاءات وتحقيق الاستقرار الاجتماعي ، وفي هذا الصدد يمكن أن تحدد الأجور على أساس نسبة معتدلة من مجموع الدخل القومي ، حيث تتراوح هذه النسبة - كما في العديد من الدول الصناعية - ما بين ٤٠٪ و ٧٠٪ من مجموع الدخل القومي ، كما أن قرارات رفع المرتبات يجب أن تتواءم مع الزيادة في الانتاج ، تلافيًا للتضخمية ، مع الأخذ في الاعتبار ارتباط سياسة الأجور والأسعار بالعديد من المتغيرات المتلاحقة .

ثالثا : التوازن بين الأجور والأسعار :

إن دراسة التوازن بين الأجور والأسعار لابد أن تراعى البحث عن الصيغة الملائمة للربط بين الأجور والانتاجية من ناحية ، وبين الأجور والأسعار من ناحية أخرى بهدف الوصول الى وضع معايير دقيقة للتسعير الحقيقي للأجر ، ويستدعي هذا تدخلا من الدولة في العوامل المؤثرة في العرض والطلب السلعي كزيادة الانتاج والحد من التزايد السكاني ، وترشيد الاستهلاك ، والتقليل من الاستيراد ، ويتطلب كل من هذه العوامل اهتماما وجهودا فعالة لتقييم وتصحيح مساره وعلى سبيل المثال - فإن عامل زيادة الانتاج كانشاء البنية الأساسية ، واصلاح

الهياكل التمويلية للوحدات الانتاجية ، وتطوير أساليب ونظم الادارة ، وتطوير معدلات الاداء ، والتخلص من العمالة الزائدة وتهيئة السبل لايجاد فرص عمل جديدة ، أمر يتطلب خططا طويلة الأجل ، ويفرض في الوقت نفسه تحركا سريعا لتقريب الفجوة بين الأجور والأسعار من خلال تصحيح الاختلالات السعرية ، وامتصاص القوة الشرائية لاصحاب الدخل الطفيلية ، ووضع قواعد ومعايير لتسعير السلع والخدمات على أساس التكلفة الاقتصادية وتحديد القيمة الحقيقية للأجور والحفاظ عليها ، وزيادتها زيادة مخططة ومدروسة ، تراعى الارتفاع المستمر لنفقات المعيشة ، وانخفاض القوة الشرائية للنقود وحجم التضخم .

التوصيات

وعلى ضوء ما سبق وما أسفرت عنه مناقشات المجلس يوصى بالآتي :

- بالنسبة لسياسة الأجور :

* العمل على زيادة الانتاج وتحقيق معدلات مرتفعة للنمو في ظل الاستقرار النقدي مع خفض معدل التضخم وزيادة معدل الادخار والاستثمار .

* الربط بين زيادة معدلات الأجور وزيادة معدلات الانتاج ، داخل الاطار الشامل ل خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

* أن تتضمن سياسة الأجور الجديدة نظاما فسيلا للحوافز الدافعة لزيادة الانتاج في ظل تطبيق نظام مرن للوحدات الانتاجية لتنفيذ سياسة الحوافز .

* ان تستهدف سياسة الأجور رعاية حقوق العاملين على ألا تستخدم هذه السياسة كوسيلة لإجبار أصحاب الأعمال على دفع أجور عالية لا تتناسب مع الانتاجية ، حتى لا يتأثر الاستثمار بالقطاع الخاص وينكمش الطلب على عنصر العمل .

* اتباع سياسة مرنة للأجور تأخذ بعين الاعتبار الوحدات الانتاجية

والخدمية ذات الطبيعة الحساسة ، لرفع كفاءة الانتاج فى هذه الوحدات وتقليل الضغط والاغراءات المالية التى قد يتعرض لها العاملون بها .
- بالنسبة لسياسة الأسعار :

تقتضى مواجهة ظاهرة ارتفاع الاسعار رفع معدلات الانتاج وزيادة المعروض من الانتاج السلعى حتى يتوازن مع القوة الشرائية المطروحة فى السوق ، ويستلزم ذلك رفع مستوى الاستثمارات من خلال العديد من السياسات والاجراءات التى يأتى فى مقدمتها استمرار فى تدعيم البنية الأساسية التى تعتبر اللبنة الأولى لانطلاق مشروعات التنمية ، وتهيء أفضل الظروف لزيادة الاستثمارات .

* دعم المشروعات الانتاجية ، كى تأخذ نورا قياديا وفعالا فى السيطرة على الأسعار وتطبيق سياسة سعرية مناسبة تراعى التكلفة الاقتصادية وهامش ربح مناسباً .

* ترشيد استخدام القروض الاجنبية ، وتذليل المعوقات المالية والادارية والاقتصادية التى تعوق استيعابها واستخدامها الاستخدام الأمثل . على أن تتحمل الدولة القروض الاجنبية الخاصة بانشاء البنية الأساسية ، وتتحمل الشركات القروض التى تحصل عليها لشراء مستلزمات الانتاج .

* تنشيط دور الجهاز المصرفى فى التنمية الاقتصادية وزيادة فاعليته ، وذلك عن طريق مساهمة البنوك فى تمويل مشروعات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتوجيه المدخرات القومية المودعة بها إلى المشروعات الانتاجية .

* الاسراع فى اصلاح الهياكل المالية للشركات المتعثرة ، وذلك بحل مشكلة ديون هذه الشركات والعمل على رفع كفاءتها الانتاجية حتى يمكنها أن تؤدى نورا هاما وحيويا فى استقرار السياسة السعرية على أسس اقتصادية .

* الحد من تمويل الموازنة العامة للدولة بالعجز لعملية الاستثمار ،

وضبط عرض النقود لحد من آثار التضخم .

* اعادة النظر فى تشريعات الضريبة باتباع نظام ضريبي حازم منضبط ، يتعامل مع الدخل الطفيلية لامتصاصها ووقف تأثيرها على مستوى الأسعار العام .

* العمل على تحقيق أهداف خطة التنمية وخفض معدلات التضخم ، وذلك بتحقيق التنسيق والتكامل بين السياسات المؤثرة فى خفض معدل التضخم ، وعلى الاخص سياسة الأجور وسياسة توزيع الدخل القومى وسياسة ترشيد الاستهلاك والسياسات المالية والنقدية والائتمانية ، وسياسة الكفاية الانتاجية ، وسياسة التجارة الخارجية .

* الحد من الارتفاع العشوائى للأسعار بمختلف الوسائل ، مع أهمية استمرار الرقابة الفعالة على الأسواق وتنشيط دور المستهلك فى مراقبة الأسعار والاستعانة فى ذلك بوسائل الاعلام .

الكشاف الموضوعى

القسم الأول : الاسكان والتعمير

القسم الثانى : السياسة السكانية

| الصفحة | المادة | |
|--------|--------|--|
| | | استصلاح الاراضى |
| | | استصلاح الاراضى - توسع عمرانى |
| ٢٩ | ٤ | - نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة |
| | | إسكان |
| | | إسكان - احياء سكنية |
| | | إسكان - استثمار |
| | | إسكان - تخطيط عمرانى |
| | | إسكان - دعم |
| | | إسكان - القرية المصرية |
| | | إسكان - مبانى |
| | | إسكان - مدن |
| | | إسكان - مرافق |
| | | إسكان - مشاكل |
| | | إسكان عشوائى |
| ٨٩ | ١٠ | - اختلال البيئة المصرية للمدينة المصرية |
| ٢٠ | ٢ | - الاسكان على المدى الطويل |
| ٨١ | ٨ | - التنمية العمرانية للقرية |
| ٦٦ | ٦ | - مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | ب |
| | | بيئة |
| | | بيئة - تخطيط عمراني |
| | | بيئة - تلوث |
| | | بيئة - توعية |
| | | بيئة عمرانية |
| | | بيئة عمرانية - تشريعات |
| ١١ | ١ | - اتجاهات عامة لعلاج المشاكل الرئيسية للبيئة في مصر |
| ٨٩ | ١٠ | - اختلال البيئة العمرانية للمدينة المصرية |
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | | ج |
| | | تخطيط |
| | | تخطيط عمراني - القرية المصرية |
| ٨١ | ٨ | - التنمية العمرانية للقرية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | تضخم |
| | | تضخم عمراني - تجارب |
| | | تضخم عمراني - علاج |
| | | تضخم عمراني - عواصم |
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | | تلوث بيئي |
| | | تلوث بيئي - تربة |
| | | تلوث بيئي - عوامل مؤثرة |
| | | تلوث بيئي - القاهرة الكبرى |
| | | تلوث بيئي - مياه الشرب |
| | | تلوث بيئي - نفايات وفضلات |
| | | تلوث بيئي - هواء |
| ١١ | ١ | - اتجاهات عامة لعلاج المشاكل الرئيسية للبيئة في مصر |
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | | توسع عمراني |
| ٣٩ | ٤ | - نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة |

| الصفحة | الدورة | م |
|--------|--------|--|
| | | سكان |
| | | سكان - تعداد |
| | | سكان - توزيع |
| | | سكان - مدن جديدة |
| | | سكان - مرافق |
| | | سكان - هجرة داخلية |
| ٢٠ | ٢ | - الاسكان على المدى الطويل |
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| ٣٩ | ٤ | - نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة |
| ٩٩ | ١ | - الهجرة الداخلية في مصر |
| | | ش |
| | | شركات |
| | | شركات الاسكان - استثمار |
| | | شركات الاسكان - قطاع عام |
| | | شركات المقاولات - تشييد |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| ٢٤ | ٢ | - سياسة صناعة التشييد والمقاولات |
| ٦٦ | ٦ | - مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها |
| | |  |
| | | صرف صحى |
| | | صرف صحى - خدمات |
| | | صرف صحى - القرية المصرية |
| | | صرف صحى - مشروعات |
| | | صرف صحى - مشكلات |
| ٨١ | ٨ | - التنمية العمرانية للقرية |
| ٢٢ | ٢ | - النهوض بمرفق مياه الشرب والصرف الصحى |
| | | صناعة التشييد |
| | | صناعة التشييد - أعمال المقاولات |
| | | صناعة التشييد - تكنولوجيا |
| | | صناعة التشييد - تنمية اقتصادية |
| | | صناعة التشييد - شركات المقاولات |
| | | صناعة التشييد - قوى عاملة |
| | | صناعة التشييد - مشكلات |



| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | صناعة التشييد - موارد |
| | | - تطوير سياسة نظم المناقصات والمزايدات في مجال التشييد |
| ٧٥ | ٧ | والمقارلات |
| ٢٤ | ٣ | - سياسة صناعة التشييد والمقارلات |
| | | طوب |
| | | طوب أحمر - بدائل |
| | | طوب أحمر - تجريف الأرض |
| | | طوب أحمر - صناعة |
| | | طوب أسمنتى - بدائل |
| | | طوب أسمنتى - رقابة صناعية |
| | | طوب رملى |
| | | طوب طفلى |
| ٨٧ | ٨ | - حول بدائل الطوب الأحمر التقليدى |

| الصفحة | الدورة | ق |
|--------|--------|---|
| | | القاهرة الكبرى |
| | | القاهرة الكبرى - تخطيط |
| | | القاهرة الكبرى - تلوث البيئة |
| | | القاهرة الكبرى - زيادة السكان |
| | | القاهرة الكبرى - مشكلات |
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | | القرية المصرية |
| | | القرية المصرية - تخطيط عمراني |
| | | القرية المصرية - تغير اجتماعي |
| | | القرية المصرية - خدمات عامة |
| | | القرية المصرية - سكان |
| | | القرية المصرية - صرف صحي |
| | | القرية المصرية - كهرباء |
| | | القرية المصرية - مياه الشرب |
| ٨١ | ٨ | - التنمية العمرانية للقرية |

| الصفحة | الدورة | ك |
|--------|--------|---|
| ٨١ | ٨ | كهرباء كهرباء - القرية المصرية - التنمية العمرانية للقرية |
| ٣٩ | ٤ | مجتمعات عمرانية مجتمعات عمرانية - سكان مجتمعات عمرانية - مدن جديدة مجتمعات عمرانية - مواقع - نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة مدن جديدة مدن جديدة - تكاليف مدن جديدة - تنمية صناعية مدن جديدة - توزيع سكاني مدن جديدة - مياه الشرب |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| ٢٢ | ٣ | - النهوض بمرفقى مياه الشرب والصرف الصحى |
| ٢٩ | ٤ | - نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة |
| | | المدينة المصرية |
| | | المدينة المصرية - بيئة |
| | | المدينة المصرية - تخطيط |
| | | المدينة المصرية - مرافق |
| | | المدينة المصرية - مشكلات |
| ٨٩ | ١٠ | - اختلال البيئة العمرانية للمدينة المصرية |
| | | مشكلة الاسكان |
| | | مشكلة الاسكان - أسباب |
| | | مشكلة الاسكان - علاج |
| ٦٦ | ٦ | - مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها |
| | | مكاتب استشارية |
| | | مكاتب استشارية - تشييد |
| | | مكاتب استشارية - تنظيم |
| | | مكاتب هندسية |
| | | مناقصات ومزايدات |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | مناقصات ومزايدات - تطوير |
| | | مناقصات ومزايدات - قوانين |
| | | مناقصات ومزايدات - نظم |
| | | - تطوير سياسة نظم المناقصات والمزايدات فى مجال التشييد |
| ٧٥ | ٧ | والمقاومات |
| | | مياه الشرب |
| | | مياه الشرب - شبكات |
| | | مياه الشرب - طاقة انتاجية |
| | | مياه الشرب - قرية مصرية |
| | | مياه الشرب - محطات تنقية |
| | | مياه الشرب - مدن جديدة |
| | | مياه الشرب - مشكلات |
| ٣٢ | ٣ | - النهوض بمرفقى مياه الشرب والصرف الصحى |
| | | نمو عمرانى |
| | | نمو عمرانى - اراضى زراعية |
| | | نمو عمرانى - مشكلات |


| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| ٤٩ | ٥ | - السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | |  |
| | | هجرة داخلية |
| | | هجرة داخلية - آثار |
| | | هجرة داخلية - عوامل جذب |
| | | هجرة داخلية - نمو سكاني |
| ٩٩ | ١ | - الهجرة الداخلية في مصر |
| | |  |
| | | وحدات سكنية |
| | | وحدات سكنية - تكلفة |
| | | وحدات سكنية - سكان |
| | | وحدات سكنية - صيانة |
| | | وحدات سكنية - مواد البناء |
| ٦٦ | ٦ | - مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها |

القسم الثالث : الخدمات الصحية

| الصفحة | الدورة | ٤ |
|--------|--------|--|
| ١١٣ | ١ | <p>الأخصائى الاجتماعى</p> <p>- الرعاية الطبية الاجتماعية حتى عام ٢٠٠٠</p> <p>أدوية</p> <p>أدوية - استهلاك</p> <p>أدوية - استيراد</p> <p>أدوية - البان</p> <p>أدوية - انتاج</p> <p>أدوية - بحوث</p> <p>أدوية - بنوك المعلومات</p> <p>أدوية - ترشيد استهلاك</p> <p>أدوية - تصدير</p> <p>أدوية - تكنولوجيا</p> <p>أدوية - خامات</p> <p>أدوية - رقابة</p> <p>أدوية - سوء استخدام</p> <p>أدوية - صناعة</p> <p>أدوية - طعوم وأمصال</p> <p>أدوية - كيماويات</p> |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | أدوية بيطرية |
| ١٢٤ | ١ | - استراتيجية السياسة الدوائية فى عام ٢٠٠٠ |
| ٢٠٠ | ٤ | - تطوير صناعة الدواء |
| | | إسعافات أولية |
| ١٤٢ | ٢ | - الخدمات الطبية العاجلة واستراتيجيتها |
| | | أطباء |
| | | أطباء - تدريب |
| | | أطباء - تدريب تخصصى |
| | | أطباء - معوقات التدريب |
| ١٨٤ | ٤ | - تدريب الاطباء |
| | | أطباء أسنان |
| ١٧١ | ٢ | - سياسة الرعاية الصحية للفم والأسنان |
| | | أغذية |
| | | أغذية - أطفال |
| ١٢٤ | ١ | - استراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠ |
| ١٦٠ | ٢ | - سياسة التغذية الصحية |
| | | أمراض معدية |
| | | أمراض معدية - أنواع |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | أمراض معدية - جذام |
| | | أمراض معدية - خدمات صحية |
| | | أمراض معدية - سلبيات |
| | | أمراض معدية - صحة عالمية |
| | | أمراض معدية - علاج كيمائى |
| | | أمراض معدية - فيلاريا |
| | | أمراض معدية - مكافحة |
| | | أمراض معدية - ملاريا |
| | | أمراض معدية - وقاية |
| ٢١٩ | ٥ | - الوقاية من الأمراض المعدية |
| ٢٥٢ | ٦ | - سياسة مكافحة الأمراض المعدية |
| | | أمراض مهنية |
| | | أمراض مهنية - تأمين |
| | | أمراض مهنية - عمالة |
| ٢١٢ | ٤ | - السلامة والصحة المهنية |
| | | أمصال وقائية |
| ٢٣٦ | ٥ | - استراتيجية الطعوم والأمصال والمستحضرات الحيوية |

| | | |
|-----|---|---|
| | | أمن صناعى |
| | | أمن صناعى - أجهزة |
| | | أمن صناعى - أهداف |
| | | أمن صناعى - تشريعات |
| | | أمن صناعى - تنظيم |
| | | أمن صناعى - رعاية طبية |
| ٢١٢ | ٤ | - السلامة والصحة المهنية |
| | | إنتاج حيوانى |
| | | إنتاج الغذاء |
| | | إنتاج نباتى |
| ١٦٠ | ٣ | - سياسة التغذية الصحية |
| | | انتاج الطعوم |
| ٢٣٦ | ٥ | - استراتيجىة الطعوم والامصال والمستحضرات الحيوية |
| | |  |
| | | بحوث صحية |
| | | بحوث صحية - اختيار |
| | | بحوث صحية - تخطيط |



| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | بحوث علمية |
| ١٢٤ | ١ | - استراتيجية البحوث الصحية حتى عام ٢٠٠٠ |
| | | بروتينات |
| ١٦٠ | ٣ | - سياسة التغذية الصحية |
| | | بطاقة صحية |
| | | بطاقة صحية - تطبيق |
| | | بطاقة صحية - معوقات تنفيذ |
| | | بطاقة صحية - مواصفات |
| ٢٤٢ | ٦ | - تطبيق نظام البطاقة الصحية |
| | | بلهارسيا |
| | | بلهارسيا - مسح علمي |
| | | بلهارسيا - مكافحة القواقع |
| ٢٥٣ | ٦ | - سياسة مكافحة الأمراض المعدية |
| | | بنوك الدم |
| ١٣٣ | ١ | - استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠ |

| الصفحة | الدورة | ت |
|--------|--------|------------------------------|
| | | تأمين صحي |
| | | تأمين صحي - تخطيط |
| | | تأمين صحي - توسع جغرافي |
| | | تأمين صحي - توسع رأسى |
| | | تأمين صحي - رعاية طبية |
| | | تأمين صحي - قطاع الزراعة |
| | | تأمين صحي - معوقات |
| | | تأمين صحي - نظم تطبيق |
| ٢٧٧ | ٧ | - تطوير العلاج الطبى |
| ١١٣ | ١ | - مستقبل التأمين الصحى |
| | | تدريب الأطباء |
| ١٨٤ | ٤ | - تدريب الأطباء |
| | | تشخيص الأمراض |
| | | تشخيص الأمراض - أجهزة ومعدات |
| ٢٠٠ | ٤ | - تطوير صناعة الدواء |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | تعليم طبي |
| | | تعليم طبي - تدريب |
| | | تعليم طبي - تطوير |
| | | تعليم طبي - تعريب |
| | | تعليم طبي - دراسات عليا |
| | | تعليم طبي - دروس خصوصية |
| | | تعليم طبي - مشاكل صحية |
| | | تعليم طبي - ممرضات |
| | | تعليم طبي - نظم |
| | | تعليم طبي - هيئات التدريس |
| ١٥٢ | ٢ | - الاطار العام لاستراتيجية القوى العاملة في مجال التمريض |
| ١٨٤ | ٤ | - تدريب الاطباء |
| ٢٧٧ | ٧ | - تطوير التعليم الطبي |
| | | تغذية |
| | | تغذية - الاطفال |
| | | تغذية - الام |
| | | تغذية - برامج |
| | | تغذية - مشاكل |
| | | تغذية صحية |
| ١٦٠ | ٣ | - سياسة التغذية الصحية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | تلوث الأغذية |
| | | تلوث الأغذية - مصادر |
| | | تلوث بيئي |
| | | تلوث بيئي - كيماويات زراعية |
| | | تلوث بيئي - مسببات |
| | | تلوث المياه |
| | | تلوث الهواء |
| ٢٢٨ | ١٠ | - علاج مسببات التلوث البيئي |
| | | تمريض |
| | | تمريض - قوى عاملة |
| ١٥٢ | ٢ | - الاطار العام لاستراتيجية القوى العاملة في مجال التمريض |
| | | جذام |
| | | جذام - مكافحة |
| ٢٥٣ | ٦ | - سياسة مكافحة الامراض المعدية |

| الصفحة | الدورة | خ |
|--------|--------|---|
| ١٦٠ | ٢ | <p>خبز</p> <p>- سياسة التغذية الصحية</p> <p>خدمات صحية</p> <p>خدمات طبية</p> <p>خدمات طبية - إصابات</p> <p>خدمات طبية - إعلام</p> <p>خدمات طبية - بنوك المعلومات</p> <p>خدمات طبية - تنسيق</p> <p>خدمات طبية - حروق</p> <p>خدمات طبية - رعاية</p> <p>خدمات طبية - سموم</p> <p>خدمات طبية - علاج</p> |

| الصفحة | الدورة | الخدمات العلاجية |
|--------|--------|---|
| | | خدمات علاجية - أنواع |
| | | خدمات علاجية - قطاع خاص |
| | | خدمات علاجية - قطاع عام |
| | | خدمات علاجية - معوقات |
| ١٤٠ | ١ | - استراتيجية البحوث الصحية في عام ٢٠٠٠ |
| | ٧ | - تطوير العلاج الطبي |
| ١٤٣ | ٢ | - الخدمات الطبية العاجلة واستراتيجيتها |
| | |  |
| | | دم |
| ١٣٣ | ١ | - استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠ |
| | |  |
| | | رعاية طبية |
| | | رعاية طبية - الأخصائي الاجتماعي |
| | | رعاية طبية - تخطيط |
| | | رعاية طبية - مستشفيات |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | رعاية طبية - معدات علاجية |
| ١٢٠ | ١ | - الرعاية الطبية الاجتماعية فى عام ٢٠٠٠ |
| | | رعاية المسنين |
| ٢٩٣ | ٧ | - الرعاية الصحية للمسنين |
| | | سياسة صحية |
| | | سياسة صحية - أدوية وأمصال |
| | | سياسة صحية - ارشادات |
| | | سياسة صحية - بنوك معلومات |
| | | سياسة صحية - تأمين صحى |
| | | سياسة صحية - تشريعات |
| | | سياسة صحية - تمويل |
| | | سياسة صحية - خدمات |
| | | سياسة صحية - سكان |
| | | سياسة صحية - مسنون |
| | | سياسة صحية - وعى صحى |
| ٣١٥ | ٩ | - السياسة الصحية |

س

| الصفحة | الدورة | م |
|--------|--------|---|
| | | صحة - بحوث علمية |
| ١٤٠ | ١ | - استراتيجية البحوث الصحية حتى عام ٢٠٠٠ |
| | | صحة مدرسية |
| | | صحة مدرسية - استراتيجية |
| | | صحة مدرسية - برامج |
| | | صحة مدرسية - تثقيف طبي |
| | | صحة مدرسية - تطوير |
| | | صحة مدرسية - خدمات اجتماعية |
| | | صحة مدرسية - رعاية علاجية |
| | | صحة مدرسية - رعاية وقائية |
| | | صحة مدرسية - مشاكل صحية |
| ٣٠١ | ٨ | - استراتيجية الصحة المدرسية |
| | | صحة مهنية |
| ٢١٢ | ٤ | - السلامة والصحة المهنية |
| | | صحة وقائية |
| ٢١٩ | ٥ | - الوقاية من الأمراض المعدية |

| الصفحة | الدورة | صرف صحي |
|--------|--------|-----------------------------|
| | | صرف صحي - خدمات |
| ٣٢٨ | ١٠ | - علاج مسببات التلوث البيئي |
| | | ط |
| | | طب أسنان |
| | | طب أسنان - أدوية |
| | | طب أسنان - أجهزة |
| | | طب أسنان - تقنين |
| | | طب أسنان - خدمات |
| | | طب أسنان - سكرتارية طبية |
| | | طب أسنان - عيادات |
| | | طب أسنان - كيمائيات |
| | | طب أسنان - مستلزمات طبية |
| | | طب أسنان - معامل |
| | | طب أسنان - مهندسون طبيون |
| | | طب أسنان - مواد طبية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| ١٧١ | ٢ | - سياسة الرعاية الصحية للغم والأسنان طب الصناعات طب الصناعات - معوقات |
| ٢١٢ | ٤ | - السلامة والصحة المهنية طعوم وأمصال طعوم وأمصال - استراتيجية طعوم وأمصال - أمراض طفيلية |
| ٢٣٦ | ٥ | - استراتيجية العلوم والأمصال والمستحضرات الحيوية |
| | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ع</div> |
| | | علاج علاج مجاني علاج مجاني - أجهزة الدولة علاج مجاني - أسباب علاج مجاني - تشريع علاج مجاني - فشل كلوى |
| ٢٢٢ | ٩ | - العلاج على نفقة الدولة بالداخل والخارج |

| الصفحة | الدورة | عماة |
|--------|--------|--|
| | | عماة - تمرىض |
| | | عماة - ممرضات |
| | | عماة - مؤتمرات |
| ١٥٢ | ٢ | - الاطار العام لاستراتيجية القرى العاملة فى مجال التمريض |
| | | غذاء |
| | | غذاء صحى |
| | | غذاء صحى - بحوث علمية |
| | | غذاء صحى - تصنيع |
| | | غذاء صحى - تلوث |
| | | غذاء صحى - زيادة استهلاك |
| ١٦٠ | ٣ | - سياسة التغذية الصحية |


| الصفحة | الدورة | ف |
|--------|--------|--------------------------------------|
| | | فلور |
| | | فلور - آثار جانبية |
| | | الفم والأسنان |
| | | الفم والأسنان - أمراض |
| | | الفم والأسنان - تأمين صحي |
| | | الفم والأسنان - رعاية صحية |
| | | الفم والأسنان - علاج |
| | | الفم والأسنان - وقاية |
| ١٧١ | ٢ | - سياسة الرعاية الصحية للفم والأسنان |
| | | فيلاريا |
| | | فيلاريا - طرق مكافحة |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | فيلاريا - عدوى |
| | | فيلاريا - مكافحة |
| ٢٥٣ | ٦ | - سياسة مكافحة الأمراض المعدية |
| | | كبار السن |
| | | كبار السن - أغذية |
| ١٢٤ | ١ | - استراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠ |
| | | المركز القومي للبحوث |
| ١٣٣ | ١ | - استراتيجية نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠ |
| | | مستحضرات حيوية |
| | ٥ | - استراتيجية الطعوم والأمصال والمستحضرات الحيوية |
| | | مستشفيات |
| | | مستشفيات - استراتيجية |
| | | مستشفيات - تجهيزات |
| | | مستشفيات - تكاليف العلاج |
| | | مستشفيات - خدمات طبية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | مستشفيات - رعاية طبية |
| | | مستشفيات - قصور خدمات |
| | | مستشفيات - قوى عاملة |
| | | مستشفيات - لوائح |
| | | مستشفيات - مباني |
| | | مستشفيات - مشاكل |
| ٢٠١ | ٨ | - استراتيجية للارتقاء بمستوى الأداء فى المستشفيات مسنون |
| | | مسنون - أمراض نفسية |
| | | مسنون - أندية اجتماعية |
| | | مسنون - رعاية اجتماعية |
| | | مسنون - رعاية صحية |
| ٢٩٣ | ٧ | - الرعاية الصحية للمسنين مشتقات الدم |
| ٢٣٦ | ٥ | - استراتيجية الطعوم والأمصال والمستحضرات الحيوية مشتقات ومحاليل |
| ١٣٢ | ١ | - استراتيجية خدمات نقل الدم فى عام ٢٠٠٠ |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--------------------------------|
| | | مضادات حيوية |
| ٢١٩ | ٥ | - الوقاية من الأمراض المعدية |
| | | ملاريا - مكافحة |
| ٢٥٣ | ٦ | - سياسة مكافحة الأمراض المعدية |
| | | ممرضات |
| | | ممرضات - تدريب |
| ٢٨٦ | ٧ | - تطوير التعليم الطبي |
| | | مياه الشرب |
| ١٦٠ | ٣ | - سياسة التغذية الصحية |
| ٣٢٨ | ١٠ | - علاج مسببات التلوث البيئي |
| | | نقل الدم |
| | | نقل الدم - استراتيجية |
| | | نقل الدم - تبرع |
| | | نقل الدم - خدمات |



| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| ١٣٣ | ١ | - استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠ نمط غذائي |
| ١٦٠ | ٢ | - سياسة التغذية الصحية |
| | |  |
| | | هندسة وراثية |
| ٢٣٦ | ٥ | - استراتيجية الطعوم والأمصال والمستحضرات الحيوية هيئات التمريض هيئات التمريض - احتياجات هيئات التمريض - توزيع هيئات التمريض - رعاية هيئات التمريض - رعاية طبية هيئات التمريض - مستويات |
| ١٥٢ | ٢ | - الاطار العام لاستراتيجية القوى العاملة فى مجال التمريض |

القسم الرابع : الشباب والرياضة

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | استراتيجيات |
| | | استراتيجية الشباب |
| | | استراتيجية الشباب - إعداد القادة |
| ٣٧٠ | ٤ | - سياسة إعداد القادة فى إطار الاستراتيجية القومية للشباب |
| | | أعياد رياضية |
| | | أعياد رياضية - أهداف |
| | | أعياد رياضية - قواعد عامة |
| ٣٥٤ | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| | | أنشطة |
| | | أنشطة رياضية - تحكيم |
| | | أنشطة رياضية - منازعات |
| ٣٨٣ | ٥ | - التحكيم فى المنازعات الرياضية |
| | | تربية |
| | | تربية دينية |
| | | تربية رياضية |


| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | تربية رياضية - اتحادات رياضية |
| | | تربية رياضية - إعلام |
| | | تربية رياضية - إمكانات |
| | | تربية رياضية - جامعات |
| | | تربية رياضية - رعاية الشباب |
| | | تربية رياضية - مدارس |
| | | تربية رياضية - مراكز الشباب |
| | | تربية رياضية - هيئات |
| ٢٩٩ | ١٠ | - التربية البدنية والرياضية وانظمتها في مصر |
| ٢٤٩ | ٢ | - التربية الرياضية ووسائل النهوض بها |
| ٢٥٤ | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| ٢٤٥ | ٢ | - الشباب والتربية الدينية |
| | | تعليم |
| | | تعليم - تربية رياضية |
| | | تعليم رياضي - مناهج |
| ٢٥٤ | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | ج |
| | | جمعيات كشفية |
| ٢٧٥ | ٥ | - النهوض بحركة الكشف والمرشدين |
| | | د |
| | | رعاية |
| | | رعاية الشباب |
| | | رعاية الشباب - تربية دينية |
| | | رعاية الشباب - تربية رياضية |
| | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| | ٢ | - الشباب والتربية الدينية |
| | | هـ |
| | | شباب |
| | | شباب - أنشطة |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | شباب - تدريب |
| | | شباب - تربية دينية |
| | | شباب - تربية رياضية |
| | | شباب - تنظيم |
| | | شباب - توصية |
| | | شباب - طاقات |
| | | شباب - قادة |
| | | شباب - قدرات خاصة |
| | | شباب - قوى عاملة |
| | | شباب - قيم دينية |
| | | شباب - مشكلات |
| | | شباب - معاقون |
| ٢٣٩ | ٢ | - الاطار العام لاستراتيجية الشباب |
| ٢٨٤ | ٦ | - الاطار العام لبرنامج قومي للعمل مع الشباب |
| ٢٧٠ | ٤ | - سياسة اعداد القادة فى اطار الاستراتيجية القومية للشباب |
| ٢٥٤ | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| ٢٤٥ | ٢ | - الشباب والتربية الدينية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--|
| | | ق |
| | | قيادات شبابية |
| | | قيادات شبابية - إعداد |
| | | قيادات شبابية - تدريب |
| | | قيادات شبابية - معاهد |
| ٣٥٤ | ٤ | - سياسة إعداد القادة في إطار الاستراتيجية القومية للشباب |
| | | ك |
| | | كشافة |
| | | كشافة - قادة |
| | | كشافة - نشاط |
| ٣٧٥ | ٥ | - النهوض بحركة الكشافة والمرشدات |
| | | م |
| | | مدارس |
| | | مدارس رياضية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | مدارس رياضية - اختبارات |
| | | مدارس رياضية - تكلفة |
| | | مدارس رياضية - نظم دراسية |
| ٢٤٩ | ٢ | - التربية الرياضية ووسائل النهوض بها |
| ٣٥٤ | ٤ | - سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| | | مراكز الشباب |
| | | مراكز الشباب - برامج |
| | | مراكز الشباب - تربية رياضية |
| | | مراكز الشباب - تمويل |
| | | مراكز الشباب - رقابة |
| | | مراكز الشباب - كشافة ومرشدات |
| | | مراكز الشباب - مشكلات |
| | | مراكز الشباب - نشاط اجتماعي |
| ٣٩٤ | ٩ | - استراتيجيات النهوض بمراكز الشباب |
| ٣٩٩ | ١٠ | - التربية البدنية والرياضية وأنظمتها في مصر |
| ٣٧٥ | ٥ | - النهوض بحركة الكشافة والمرشدات |



| الصفحة | الدورة | مرشدات |
|--------|--------|---|
| | | مرشدات - إعداد القادة |
| | | مرشدات - كشافة |
| ٢٧٥ | ٥ | - النهوض بحركة الكشافة والمرشدات |
| | | منازعات رياضية |
| | | منازعات رياضية - تحكيم |
| | | منازعات رياضية - هيئات دولية |
| ٢٨٢ | ٥ | - التحكيم فى المنافعات الرياضية |
| | | منشآت رياضية |
| | | مؤسسات شبابية |
| ٢٧٠ | ٤ | - سياسة اعداد القادة فى اطار الاستراتيجية القومية للشباب |
| | |  |
| | | هيئات رياضية |
| ٢٨٢ | ٥ | - التحكيم فى المنافعات الرياضية |

القسم الخامس : القوى العاملة

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|-------------------------------------|
| | | أجور |
| | | أجور - إنتاج |
| | | أجور - تطور |
| | | أجور - توازن |
| ٥٦٤ | ١٠ | - سياسة الأجور والأسعار |
| ٤٨٨ | ٥ | - سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج |
| | | أسر منتجة |
| ٥٦١ | ٩ | - مساهمة المرأة في قوة العمل |
| | | أسعار |
| | | أسعار - تخطيط |
| | | أسعار - دعم |
| | | أسعار - سلع أساسية |
| | | أسعار - مؤثرات |
| ٥٦٤ | ١٠ | - سياسة الأجور والأسعار |
| | | إنتاج |
| ٤٨٨ | ٥ | - سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج |

| الصفحة | الدورة | ب |
|--------|--------|--|
| | | بطالة |
| | | بطالة ظاهرة |
| ٥٠٦ | ٦ | - مشكلة فقدان في القوى العاملة |
| | | ت |
| | | تخطيط |
| | | تخطيط - عمالة |
| ٥٥٣ | ٨ | - سياسة التصنيف المهني وقياس مستوى المهارة |
| | | تدريب |
| | | تدريب حرفي |
| | | تدريب مهني |
| ٤٤٣ | ٣ | - سياسة التدريب الحرفي والمهني |
| ٥٤٢ | ٨ | - سياسات التدريب المهني |
| | | تشغيل |
| | | تشغيل - صغار السن |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|--------------------------------------|
| | | حوافز - علاوات تشجيعية |
| | | حوافز - مكافآت |
| | | حوافز سلبية |
| | | حوافز مادية |
| | | حوافز معنوية |
| ٤٨٨ | ٥ | - سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج |
| | | خ |
| | | خدمة مدنية |
| | | خدمة مدنية - تطوير |
| | | خدمة مدنية - دراسات ميدانية |
| | | خدمة مدنية - سلبيات |
| | | خدمة مدنية - معوقات |
| ٤٩٩ | ٦ | - اتجاهات عامة لتطوير الخدمة المدنية |
| | | خريجون |
| | | خريجون - توزيع |
| | | خريجون - جامعات |
| | | خريجون - قطاع خاص |
| | | خريجون - قطاع عام |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | خريجون - مجتمعات جديدة |
| | | خريجون - وزارة القوى العاملة |
| ٤٢٢ | ٢ | - سياسة توزيع الخريجين |
| | |  |
| | | صغار السن |
| | | صغار السن - تشغيل |
| ٥٣٢ | ٧ | - تشغيل صغار السن |
| | |  |
| | | عاملون |
| | | عاملون - حوافز |
| | | عاملون - هجرة خارجية |
| | | علاوات تشجيعية |
| ٤٨٨ | ٥ | - سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج |
| ٤٥٢ | ٤ | - هجرة العمالة المصرية الى الخارج |

| الصفحة | الدورة | عمالة |
|--------|--------|---|
| | | عمالة - تركيب مهني |
| | | عمالة - تصدير |
| | | عمالة - تنقل |
| ٥٥٦ | ٩ | - تنقل العمالة وأثره على التوازن في سوق العمل |
| | | - العمالة الحرفية في قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى |
| ٤١٣ | ١ | عام ٢٠٠٠ |
| ٤٥٢ | ٤ | - هجرة العمالة المصرية الى الخارج |
| | | عمالة أجنبية |
| | | عمالة أجنبية - آثار اجتماعية |
| | | عمالة أجنبية - آثار اقتصادية |
| | | عمالة أجنبية - دول عربية |
| | | عمالة أجنبية - قوانين |
| ٥١٤ | ٦ | - العمالة الأجنبية في مصر والمنطقة العربية |
| | | عمالة حرفية |
| | | عمالة حرفية - تدريب |
| | | عمالة حرفية - تشييد وبناء |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | عمالة ضريبية - تعليم فنى |
| | | عمالة ضريبية - تناقص |
| | | عمالة ضريبية - تنمية اجتماعية |
| | | عمالة ضريبية - تنمية اقتصادية |
| | | عمالة ضريبية - هجرة |
| | | - العمالة الحرفية فى قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى |
| ٤١٣ | ١ | عام ٢٠٠٠ |
| | | عمالة خارجية |
| ٥٢٦ | ٦ | - عودة العمالة المصرية من الخارج |
| | | عمالة ماهرة |
| | | عمالة ماهرة - أسواق خارجية |
| | | عمالة ماهرة - تدريب |
| | | عمالة ماهرة - تخطيط |
| | | عمالة ماهرة - تنمية |
| | | عمالة ماهرة - نقص |
| | | عمالة ماهرة - هجرة |
| ٤٢٥ | ٢ | - إعداد وتنمية الموارد البشرية |
| ٤٤٣ | ٣ | - سياسة التدريب الحرفى والمهنى |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| | | عمالة المرأة |
| ٥٦١ | ٩ | - مساهمة المرأة في قوة العمل |
| | | عمالة مصرية |
| ٥٢٦ | ٦ | - عودة العمالة المصرية من الخارج |
| | | قي |
| | | قطاع التشييد |
| | | قطاع التشييد - هياكل وظيفية |
| | | - العمالة الحرفية في قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى |
| ٤١٣ | ١ | عام ٢٠٠٠ |
| | | قوى عاملة |
| | | قوى عاملة - تخطيط |
| | | قوى عاملة - تنقلات |
| | | قوى عاملة - تنمية اجتماعية |
| | | قوى عاملة - ثروة بشرية |
| | | قوى عاملة - فاقد |
| | | قوى عاملة - نشاط اقتصادي |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| ٤١٩ | ١ | - تخطيط القوى العاملة ودوره فى التنمية |
| ٥٥٦ | ٩ | - تنقل العمالة وأثره على التوازن فى سوق العمل |
| ٥٠٦ | ٦ | - مشكلة فقدان القوى العاملة |
| | | ٢ |
| | | المرأة |
| | | المرأة - أسر منتجة |
| | | المرأة - عمالة |
| | | المرأة - محو الأمية |
| ٥٦١ | ٩ | - مساهمة المرأة فى قوة العمل |
| | | مكافآت تشجيعية |
| ٤٨٨ | ٥ | - سياسة الحوافز وربط الأجر بالانتاج |
| | | مهارات |
| | | مهارات - مستويات |
| ٥٥٢ | ٨ | - سياسة التصنيف المهنى وقياس مستوى المهارة |
| | | المنطقة العربية |
| | | المنطقة العربية - عمالة أسيوية |

| الصفحة | الدورة | |
|--------|--------|---|
| ٥١٤ | ٦ | - العمالة الاجنبية فى مصر والمنطقة العربية موارد بشرية موارد بشرية - ثروة قومية موارد بشرية - سياسات قومية - اعداد وتنمية الموارد البشرية |
| ٤١٩ | ١ | - تخطيط القوى العاملة وبوره فى التنمية |
| | | هـ |
| | | هجرة العمالة هجرة العمالة - آثار جانبية هجرة العمالة - آثار سلبية هجرة العمالة - تنمية |
| ٤٤٣ | ٣ | - سياسة التدريب الحرفى والمهنى |
| ٤٥٢ | ٤ | - هجرة العمالة المصرية الى الخارج |
| | | ق |
| | | وحدات انتاجية - سياسة الاجور والاسعار |
| ٥٦٤ | ١٠ | |

المحتوى

| الصفحة | تقديم |
|--------|---|
| ٢ | |
| | ١ - الاسكان والتعمير |
| | الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١ |
| ١١ | اتجاهات عامة لعلاج المشاكل الرئيسية للبيئة |
| | الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢ |
| ٢٠ | الاسكان على المدى الطويل |
| | الدورة الثالثة ١٩٨٢ - ١٩٨٣ |
| ٢٤ | سياسة صناعة التشييد والمقاولات |
| ٣٢ | النهوض بمرفقى مياه الشرب والصرف الصحى |
| | الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤ |
| ٣٩ | نحو ملامح لسياسة المجتمعات العمرانية الجديدة |
| | الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥ |
| ٤٩ | السياسة العامة لمواجهة مشكلات العاصمة |
| | الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦ |
| ٦٦ | مشكلة الاسكان ووسائل مواجهتها |
| | الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧ |
| ٧٥ | تطوير نظم المناقصات والمزايدات فى مجال التشييد والمقاولات |
| | الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨ |
| ٨١ | التنمية العمرانية للقرية |
| ٨٧ | بدائل الطوب الأحمر التقليدى |

| | |
|-----|--|
| | الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠ |
| ٨٩ | اختلال البيئة العمرانية للمدينة المصرية |
| | ٢ - السياسة السكانية |
| | الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١ |
| ٩٩ | الهجرة الداخلية في مصر |
| | ٣ - الخدمات الصحية |
| | الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١ |
| ١١٣ | مستقبل التأمين الصحى |
| ١٢٠ | الرعاية الطبية الاجتماعية حتى عام ٢٠٠٠ |
| ١٢٤ | استراتيجية السياسة الدوائية حتى عام ٢٠٠٠ |
| ١٣٣ | استراتيجية خدمات نقل الدم حتى عام ٢٠٠٠ |
| ١٤٠ | استراتيجية البحوث الطبية حتى عام ٢٠٠٠ |
| | الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢ |
| ١٤٣ | الخدمات الطبية العاجلة واستراتيجيتها |
| ١٥٢ | الاطار العام لاستراتيجية القوى العاملة فى مجال التمريض |
| | الدورة الثالثة ١٩٨٢ - ١٩٨٣ |
| ١٦٠ | سياسة التغذية الصحية |
| ١٧١ | سياسة الرعاية الصحية للفم والاسنان |
| | الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤ |
| ١٨٤ | تدريب الاطباء |

| | |
|-----|---|
| ٢٠٠ | تطوير صناعة الدواء |
| ٢١٢ | السلامة والصحة المهنية |
| | الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥ |
| ٢١٩ | الوقاية من الامراض المعدية |
| ٢٣٦ | استراتيجية الطعوم والامصال والمستحضرات الحيوية |
| | الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦ |
| ٢٤٢ | تطبيق نظام البطاقة الصحية |
| ٢٥٣ | سياسة مكافحة الأمراض المعدية |
| | الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧ |
| ٢٧٧ | تطوير العلاج الطبى |
| ٢٨٦ | تطوير التعليم الطبى |
| ٢٩٣ | الرعاية الصحية للمسنين |
| | الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨ |
| ٣٠١ | استراتيجية للارتقاء بمستوى الأداء فى المستشفيات |
| ٣١٠ | استراتيجية الصحة المدرسية |
| | الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩ |
| ٣١٥ | السياسة الصحية |
| ٣٢٢ | العلاج على نفقة الدولة بالداخل والخارج |
| | الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠ |
| ٣٢٨ | علاج مسببات التلوث البيئى |

٤ - الشباب والرياضة

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

| | |
|-----|------------------------------------|
| ٣٣٩ | الاطار العام لاستراتيجية الشباب |
| ٣٤٥ | الشباب والتربية الدينية |
| ٣٤٩ | التربية الرياضية ووسائل النهوض بها |
| ٣٥١ | المدارس الرياضية |

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

| | |
|-----|--|
| ٣٥٤ | سياسة النهوض بالرياضة والتربية الرياضية |
| ٣٧٠ | سياسة إعداد القادة فى اطار الاستراتيجية القومية للشباب |

الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥

| | |
|-----|-------------------------------|
| ٣٧٥ | النهوض بحركة الكشف والمرشدات |
| ٣٨٢ | التحكيم فى المنافسات الرياضية |

الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦

| | |
|-----|---|
| ٣٨٤ | الإطار العام لبرنامج قومى للعمل مع الشباب |
|-----|---|

الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩

| | |
|-----|---------------------------------|
| ٣٩٤ | استراتيجية النهوض بمراكز الشباب |
|-----|---------------------------------|

الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠

| | |
|-----|---|
| ٣٩٩ | التربية البدنية والرياضية وانظمتها فى مصر |
|-----|---|

٥ - القوى العاملة

الدورة الأولى ١٩٨٠ - ١٩٨١

- ٤١٣ العمالة الحرفية فى قطاع التشييد والبناء ومستقبلها حتى عام ٢٠٠٠
٤١٩ تخطيط القوى العاملة ودوره فى التنمية

الدورة الثانية ١٩٨١ - ١٩٨٢

- ٤٢٥ اعداد وتنمية الموارد البشرية
٤٣٣ سياسة توزيع الخريجين
٤٣٧ النقص فى العمالة الماهرة

الدورة الثالثة ١٩٨٢ - ١٩٨٣

- ٤٤٣ سياسة التدريب الحرفى والمهنى

الدورة الرابعة ١٩٨٣ - ١٩٨٤

- ٤٥٢ هجرة العمالة المصرية الى الخارج

الدورة الخامسة ١٩٨٤ - ١٩٨٥

- ٤٦٩ سياسة رفع الكفاية الانتاجية
٤٨٨ سياسة الحوافز وربط الاجر بالانتاج

الدورة السادسة ١٩٨٥ - ١٩٨٦

- ٤٩٩ اتجاهات عامة لتطوير الخدمة المدنية
٥٠٦ مشكلة فقدان القوى العاملة
٥١٤ العمالة الأجنبية فى مصر والمنطقة العربية
٥٢٦ عودة العمالة المصرية من الخارج

الدورة السابعة ١٩٨٦ - ١٩٨٧

- ٥٣٢ تشغيل صغار السن

الدورة الثامنة ١٩٨٧ - ١٩٨٨

- ٥٤٢ سياسات التدريب المهنى

| | |
|-----|---|
| ٥٥٣ | سياسة التصنيف المهني وقياس مستوى المهارة |
| | الدورة التاسعة ١٩٨٨ - ١٩٨٩ |
| ٥٥٦ | تنقل العمالة وأثره على التوازن في سوق العمل |
| ٥٦١ | مساهمة المرأة في قوة العمل |
| | الدورة العاشرة ١٩٨٩ - ١٩٩٠ |
| ٥٦٤ | سياسة الأجور والأسعار |
| | * * * |
| ٥٦٩ | الكشاف الموضوعي |

مطبوعات
المجالس القومية المتخصصة
— ٢٥٤ —

القاهرة
١٤١١ هـ - ١٩٩٠ م

صدر من هذه الموسوعة :

- المجلد الاول : الزراعة والرى
- المجلد الثانى : الصناعة
- المجلد الثالث : السياسات المالية والاقتصادية
- المجلد الرابع : النقل والمواصلات ، والتموين والتجارة الداخلية
- المجلد الخامس : السياحة
- المجلد السادس : التعليم العام والفنى
- المجلد السابع : التعليم الجامعى والعالى
- المجلد الثامن : التعليم الأزهرى - البحث العلمى والتكنولوجيا - محو الأمية وتعليم الكبار - القوى العاملة
- المجلد التاسع : العدالة والتشريع - التنمية الادارية - الرعاية الاجتماعية - الادارة المحلية
- المجلد العاشر : الاسكان والتعمير - السياسة السكانية - الخدمات الصحية - الشباب والرياضة - القوى العاملة



تحت الطبع :

المجلد الحادى عشر : ويبدأ بالثقافة

The Specialized National Councils

have been established according to Article 164 of the Constitution of the Arab Republic of Egypt, in order to "assist in formulating a stable general policy in all fields of national activity".

They consist of:

- The National Council for Education, Scientific Research and Technology (1974)
- The National Council for Production and Economic Affairs (1974)
- The National Council for Culture, Literature and Information (1978)
- The National Council for Services and Social Development (1979)

المجالس القومية المتخصصة

أنشئت المجالس القومية المتخصصة بموجب المادة ١٦٤ من الدستور لتعاون في رسم السياسات العامة للدولة في جميع مجالات النشاط القومي .

وتتكون من :

- المجلس القومي للتعليم والبحث العلمي والتكنولوجيا (سنة ١٩٧٤).
- المجلس القومي للإنتاج والشئون الاقتصادية (سنة ١٩٧٤).
- المجلس القومي للثقافة والفنون والآداب والأعلام (سنة ١٩٧٨).
- المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية (سنة ١٩٧٩).

Supervisor General : Dr Mohamed Abdel Kader Hatem

المشرف العام : د . محمد عبد القادر حاتم

Secretary General, Chancellor :

Mr. Talaat Hammad

الأمين العام : المستشار طلعت حماد

العنوان : ١١٣ كورنيش النيل - القاهرة. Egypt. Cairo. Nile Corniche St. , 1113 Address:

